1902
Lane Medical Library

Zur Statistik

der in der mediz. Klinik zu Göttingen beobachteten Fälle von

akuten und chronischen Intoxicationen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Georgs-August-Universität

zu Göttingen

vorgelegt von

Alfred Heinemann,

approb. Arzt

aus Hildesheim.

Hildesheim 1902.

Druck von Franz Borgmeyer.

Referent: Herr Privatdozent Dr. E. Schreiber.

Correferent: Herr Geheimrat Prof. Dr. W. Ebstein.

Der hohen medizinischen Fakultät der Univerfät Göttingen vorgelegt am 10. März 1902.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154012_0058

Nach Husemann sind Gifte „solche unorganische oder organische künstlich darstellbare oder in der Natur vorgebildete, nicht organisierte Stoffe, welche durch ihre chemische Natur unter gewissen Bedingungen irgend welche organische lebende Wesen so beeinträchtigen, dass die Gesundheit oder das relative Wohlbefinden dieser Organismen vorübergehend oder dauernd schwer beeinträchtigt wird.“ Kobert bezeichnet kurz vom pharmakologischen Standpunkt aus „alles das als Gift, was in einem gegebenen Falle nicht nützlich, sondern schädlich wirkt.“ Vom klinischen Standpunkt aus kann man auch alles das als Gift bezeichnen, was an und für sich unschädlich, ja Nährstoff, nicht durch seine Qualität, sondern durch die Quantität, in der es eingeführt wird, den Organismus schädigen kann.

Giftige Substanzen können dem Körper von aussen zugeführt werden:

1. Durch die Haut.
2. Durch den Digestionstraktus.
3. Durch den Respirationstraktus.

Da aber auch im Innern des Körpers sich Gifte entwickeln können, was man als endogene Toxicose oder Autointoxication bezeichnet, im Gegensatz zu den sog. exogenen Giften, welche von aussen dem Körper zugeführt werden, so ist nach dem heutigen Standpunkt der medizinischen Wissenschaft, wie v. Jaksch[1]) vorschlägt, in Husemanns Definition hinter dem Worte „darstellbare“ einzuschalten: „oder durch die Thätigkeit bestimmter organischer Wesen im Körper gebildete“. Nach Jakobj[2]) ist „Gift jede Sub-

[1]) Nothnagel. Spec. Path. u. Therapie. I. Band Jaksch „Die Vergiftungen.“ 97.

[2]) Deutsch-mediz. Wochenschrift 1900, Nr. 9. Sitzung der med. Gesellschaft in Göttingen 7., XII. 1899.

stanz, sobald sie durch Einwirkung ihrer molekularen Eigenschaften auf lebende Materie Lebensvorgänge derselben schädigt."

Im folgenden habe ich mich auf Anregung des Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ebstein bemüht, die in der Göttinger medizinischen Klinik beobachteten Fälle von exogenen Intoxicationen statistisch zusammen zu stellen.

Ich beginne mit den Alkoholvergiftugen.

I. Alkoholvergiftungen.

Von den 73 Alkoholvergiftungen, welche zur Beobachtung gelangten, waren akut 2; chronisch 71. Diese letzteren betrafen 67 Männer und 4 Frauen. Die meisten kamen vor im Alter von 40 bis 50 Jahren. Der jüngste chronische Alkoholist war 21 Jahre alt, der älteste 67 Jahr. Bei diesen chronischen Alkoholisten war der Verdauungstraktus betroffen in 12 Fällen und zwar in Fall: 5. 13. 17. 26. 27. 34. 36. 37. 51. 56. 61 und 64.

Veränderungen an der Leber fanden sich in 19 Fällen und zwar in Fall: 1. 5. 7. 10. 14. 19. 23. 26. 27. 28. 30. 31. 34. 37. 38. 54. 57. 64 und 65.

Chronische Nephritis bestand in 4 Fällen und zwar in Fall 10. 26. 28. 64,

Albuminurie, meistens während eines akuten Anfalls von Delirium tremens, in 15 Fällen: 1. 14. 17. 22. 23. 31. 38. 42. 46. 50. 51. 55. 58. 69. 72.

Psoriasis bestand in 2 Fällen: 24 und 49.

Perikarditis ebenfalls: 11 und 28.

Myokarditis in 4 Fällen: 25. 28. 64 und 67.

Herzdilatation bestand in 13 Fällen: 14. 21. 23. 25. 30. 31. 34. 36. 37. 45. 64. 67 und 72.

Atherom der Gefässe wurde 7 mal beobachtet: 23. 25. 28. 39. 42. 47 und 57.

Aneurysmen der Hirngefässe 1 mal in Fall: 10.

Herzfehler 3 mal: 22. 28 und 34.

Bronchitis bestand in 11 Fällen: 10. 15. 28. 30. 36. 40. 48. 64. 66. 68. 72.

Pneumonie 4 mal: 14. 18. 52. 55.

Tuberkulose 3 mal: 9. 16. 51.

Lungenkatarrh 4 mal: 8. 43. 47. 60.

Pleuritis 4 mal: 8. 11. 28. 66.

Augenerkrankungen kamen 4 mal vor: 6. 25. 44. 71.

Neuritis wurde beobachtet in 14 Fällen 22. 25. 29. 32. 35. 36. 39. 40. 42. 43. 57. 62. 63 und 65.

Pachymenigitis 1 mal: 27.

Multiple Sklerose 1 mal: 29.

Psychosen 4 mal: 5. 12. 27. 35.

Tremor alkoholicus in 22 Fällen: 1. 5. 10. 13. 15. 19. 20. 23. 32. 34. 35. 36. 39. 46. 56. 57. 59. 61. 62. 63. 69. 70.

Delirium tremens trat auf in 34 Fällen: 1. 3. 5. 9. 14. 16. 18. 22. 23. 24. 26. 31. 33. 38. 40. 42. 45. 46. 48. 49. 50. 52. 53. 54. 55. 58. 59. 60. 61. 66. 68. 69. 70. 71.

Epileptiforme-Anfälle wurden 3 mal beobachtet: 19. 21. 27.

Eine genaue Angabe fehlte in 4 Fällen: 2. 4. 29. 35.

Es wurden geheilt entlassen 33 und zwar Fall: 3. 6. 8. 11. 12. 13. 14. 15. 17. 18. 20. 22. 23. 24. 31. 33. 38. 42. 48. 49. 50. 52. 54. 55. 58. 59. 60 61. 63. 65. 69. 70. 71.

Gebessert entlassen wurden 11 und zwar Fall: 1. 7. 32. 34. 36. 37. 43. 44. 47. 67 und 71.

Eine Angabe über den weiteren Verlauf fehlte bei 10 Fällen: 21. 39. 45. 51. 53. 56. 57. 62. 66. 68.

Ungeheilt entlassen wurden 5 Fälle: 25. 26. 30. 46. 64.

In die Irrenanstalt verlegt wurden 3 und zwar Fall: 5. 19 und 40.

Gestorben sind 5 und zwar Fall: 9. 10. 16. 27 und 28.

Die beiden akuten Alkoholvergiftungen Fall: 41 und 73 wurden beide geheilt entlassen.

Fall 1. B. Karl, Restaurateur, 58 Jahre. Aufgenommen: 14. VIII. 78. Entlassen: 18. VIII. 78.

Notorischer Gewohnheitstrinker. Seit 3/4 Jahren Anfälle von Delirium tremens. Zwischendurch tremor und Magenkatarrh. Seit dem 12. VIII. 78 Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit und Auftreten von Hallucinationen. Befund: Freies Sensorium. Pupillen eng. Keine Symptome von Lähmung. Starker tremor. Herz ohne Befund. Leber überragt den Rippenbogen um 3—4 Querfinger. Oberer Rand der Leber 5.—6. Rippe. Geringe Albuminurie. Urate. Aufregungszustände und Hallucinationen. Diagnose: Delirium tremens. Entlassen am 18. VIII. mit noch starkem tremor und geringer Albuminurie.

Fall 2. R. Heinrich, Gastwirt, 37 Jahre. Aufgenommen: 8. XI. 81. Entlassen: 11. XI. 81.

Angeblich Delirium. Urin frei. Sonst kein Bericht. Diagnose: Abusus spirituosorum.

Fall 3. E. Minna, Gastwirtsfrau, 32 Jahre. Aufgenommen: 24. II. 86. Entlassen: 28. II. 86.

Der Mann giebt zu, dass seine Frau Schnaps trinkt und schon häufig Erregungszustände gehabt hat. Befund: Gerötetes Gesicht. Starker tremor der Zunge und Hände. Stotternde Sprache. An den Organen nichts abnormes. Urin frei. Diagnose: Abusus spirituosorum. Säuferdelirium. 24. II. Nachts: Anfall von maniakalischer Erregung. Patientin tobt, schreit und läuft umher. In der folgenden Nacht wieder ein derartiger Anfall mit Verfolgungsideen. Geheilt entlassen.

Fall 4. H. August, 49 Jahre. Aufgenommen: 17. III 83. Entlassen: 21. III. 83.

Kein Journalbericht. Diagnose: Alkoholismus chronicus.

Fall 5. L. Alfred, Kaufmann, 39 Jahre. Aufgenommen: 29. III. 84. Enlassen: 1. IV. 84.

Patient giebt an, seit 8 Jahren stark getrunken zu haben, anfangs Bier, später auch Schnaps in grossen Quantitäten. Es wird geklagt über Appetitlosigkeit und Schmerzen in der Magengegend. Es bestehen tagelang dauernde Aufregungszustände. Seit $1^1/^2$ Jahren hat sein Interesse fürs Geschäft nachgelassen. Befund: Cyanose des Gesichts. Hastige, stammelnde Sprache. Zittern der Hände. Herz in normalen Grenzen. Leber überragt den Rippenbogen in der r. Mamillarlinie um einige Querfinger. In der Magengegend besteht Druckempfindlichkeit. Stuhl angehalten. Urin frei. 31. I.: Tobsuchtsanfall. Kein Orientierungsvermögen. Verfolgungsideen. Später Krämpfe, tonische Convulsionen; unbewegliche bulbi. Pupillen eng. Empfindung herabgesetzt. Nach den Krämpfen Bewustlosigkeit. Diagnose: Manie nach Alkoholismus chronicus. P. wurde in die Irrenanstalt verlegt.

Fall 6. Sch. Peter, Steinmetz, 37 Jahre. Aufgenommen: 12. XII. 85. Enlassen: 22. XII. 85.

Patient soll viel Schnaps trinken, leugnet jedoch. Er hat in der Poliklinik nach Schnaps gerochen. Seit einiger Zeit Kopfschmerz und Schmerzen in den Augen und Gesicht, besonders beim Sehen ins Licht. Beim Lesen soll alles verschwommen sein. Befund: Herz nicht vergrössert. Töne dumpf. Leber in normalen Grenzen. Augenbefund: R. Em S $^{20}/_{100}$. N = 6 Se frei. L. Em S $^{20}/_{50}$. N. = 5. Se frei. Farben werden richtig erkannt. Urin frei. Diagnose: Amblyopie und Cephalalgie nach Abusus spirituosorum. Geheilt entlassen.

Fall 7. Z. August, Restaurateur, 40 Jahre. Aufgenommen: 12. VI. 85. Enlassen: 26. VI. 85.

Alkoholgenuss wird zugestanden, lues geleugnet. Befund: Herz nicht vergrössert. Atmen rauh. Leber reicht nach oben bis zur V. Rippe, nach unten vier Querfinger breit unterhalb des Rippenbogens. Links geht sie in die Milzdämpfung über. Oedem des rechten Fusses. Beiderseits ulcus cruris. Skleralikterus. Pfortaderstauung. Ascitis. Urin frei. Diagnose: Hepatitis interstitialis ex abusu spirituosorum. Gebessert entlassen.

Fall 8. K. Wilhelm, Schlosser, 48 Jahre. Aufgenommen: 11. II. 86. Entlassen: 18. III. 86.

Patient ist mit Frost und Hitze und Stechen in der Seite erkrankt. Alkoholgenuss zugestanden. Befund. Herz in normalen Grenzen, Töne rein. Rechte seitliche Thoraxhälfte eingesunken, daselbst pleuritisches Reiben. Beide Spitzen suspekt. Sputum spärlich, schleimig, mit Spuren von Blut. Urin frei. Diagnose: Alkoholismus. Pleuritis dextra retrahens. Geheilt entlassen.

Fall 9. M. Gerhard, Maurer, 31 Jahre. Aufgenomnen: 11. V. 86. Gestorben: 14. V 86.

Patient war schon früher wegen Delirium in Behandlung. Heute bewusstlos aufgefunden, angeblich vom Gerüst gestürzt. Befund Patient ist bei der Aufnahme nicht mehr bewusstlos. Die Untersuchung ergiebt nichts Abnormes ausser starkem tremor. Diagnose: Delirium tremens. 13. V. Patient redet verwirrt, ist unruhig, tobt und hat Hallucinationen. Plötzlicher exitus letalis.

Sektionsbericht. Gut gebauter, muskulöser Mann. Viel Leichenhypostase, besonders stark an den Armen. Blutige Infiltration des subkutanen Gewebes an der Innenseite des rechten Oberarmes. Kleine blaue Flecke und subkutane Blutungen am rechten Oberschenkel. An der Knochen-Knorpelgrenze der 2. rechten Rippe eine Verdickung des Knochens. Auf dem Durchschnitt eine grau-rötliche Granulationsmasse sichtbar, welche in der Mitte graugelblich gefärbt ist. In dem grauroten Gewebe lassen sich, wenn auch nicht ganz sicher, kleinste graue Knötchen erkennen.

Am parietalen Blatte des Perikards eine Menge kleinster,

grauer Knötchen, kleine Streifen und ein grosser Sehnenfleck. Herz von gewöhnlicher Grösse, ganz schlaff. Keine wesentlichen Veränderungen.

Linke Lunge frei. Pleura unverändert. Parenchym fleckig gerötet, überall etwas oedematös. Am unteren, vorderen Rande des Oberlappens ein kleiner, dunkelroter, keilförmiger Herd, in der Mitte ein kleiner Eiterpfropf sichtbar. Luftgehalt nicht vollständig verschwunden.

Rechte Lunge an der Spitze leicht verwachsen. An verschiedenen Stellen kleinste Tuberkel der Pleura, besonders am Oberlappen. An der Stelle des Oberlappens, welche der Verdickung der 2. Rippe entspricht, sind auf einem kleinen Bezirk die Tuberkel viel dichter als sonst gestellt. Im Lungenparenchym ein keilförmiger hämorrhagischer Infarkt. Nirgends tuberkulöse Veränderungen. Ein kleiner Kalkknoten an der Basis. Bronchialdrüsen beiderseits leicht vergrössert, schiefrig, ohne tuberkulöse Veränderungen. An der Costalpleura rechts disseminierte Tuberkel, besonders in der Umgebung der Knochenknorpelgrenze der rechten 2. Rippe. Sympathikus des Halses beiderseits unverändert. Ein Paar vergrösserte Lymphdrüsen mit einigen grauweissen Stellen auf der Schnittfläche. Halsorgane ohne besondere Veränderungen.

Schädel symmetrisch. Im Sinus longitudinalis etwas flüssiges Blut. Dura unverändert. Pia stark ödematös geschwollen. In den Seitenventrikeln wenig Flüssigkeit. Hinterhörner weiter als normal. Schnittfläche feucht, wenig Blutpunkte. Sonst nirgends Veränderungen.

In den übrigen Organen keine wesentlichen Veränderungen, nirgends ist etwas tuberkulöses zu finden. In der Milz ein kleiner Venenstein.

Mikroskopisch: In den geschwollenen Lymphdrüsen am Halse ist nichts tuberkulöses zu sehen. Die Schwellung der 2. Rippe erweist sich als eine typische Tuberkulose. Diagnose: Blutige Suffusionen des Unterhautbindegewebes an vielen Stellen. Primäre Tuberkulose der 2. Rippe. Miliare Tuberkel der Pleura in der Umgebung.

Fall: 10. N. Louis, Bildhauer, 46 Jahre. Aufgenommen: 3. XI. 86. Gestorben: 8. XI. 86.

Patient kam wegen eines Geschwüres am penis in das Hospital und bekam während der Nacht starken tremor. Derselbe bestand beim Aufsitzen und während der Ruhe. Einen derartigen Zustand will er schon 3—4 Mal gehabt haben. Früher will er an epileptischen Krämpfen gelitten haben. Starker Schnapsgenuss wird zugestanden. Das Herz ist nicht vergrössert. Der erste Ton etwas lang gezogen. Die Leber ist stark vergrössert. Urin:

Eiweiss viel. Zahlreiche Rundzellen und Epithelien, granulierte und verfettete hyaline Cylinder. Diagnose: tremor alcoholicus. Nephritis chronica. Fettleber. 7. XI. Patient deliriert, sucht kleine Kanarienvögel und 20 Pfennigstücke. Temperatur 39 °. In den Lungen kein Befund. Puls kräftig 132. 8. XI. Unter Herzschwäche exitus letalis.

Sektionsbericht. 9. XI. Mässig genährter Mann. Starke Totenstarre. An zahlreichen Stellen sieht man schmutzig bräunliche und bläuliche Flecke. Eine von Paraphimosen-Operation herrührende Wunde zeigt starke Eiterung, auch aus der Harnröhre lässt sich Eiter ausdrücken. Der Panniculus ist gut fingerdick. Auch die Muskeln sind reichlich von Fett durchwachsen. Die Leber ragt drei Finger breit über den Rippenbogen. Zwerchfell beiderseits bis zur V. Rippe. Die Lungen berühren sich in der Mittellinie, die linke Lunge zeigt fadenförmige Verwachsungen mit der pleura costalis. Die rechte Lunge ist vorn ganz verwachsen. Am Herzen ist Grösse und Gestalt normal. Das subperikadiale Fett ist reichlich. In dem Vorhof und Ventrikel beiderseits starke Speckhaut und Cruormassen. Die Muskulatur ist schlaff, hellrotbraun. stärkeres Hineinwachsen des Fettes nur an der Spitze des rechten Ventrikels bemerkbar. Beide Lungen sind stark gebläht. Die rechte zeigt in dem ganzen Oberlappen sich durchsetzt von zahlreichen buchtigen Hohlräumen, welche sämtlich mit Schleimhaut ausgekleidet sind, wohl Bronchiectasien. In vielen eitriger Inhalt, der sich auf Druck aus den zugehörigen Bronchen entleert. Sonst kein Befund. Die bronchialen Lymphdrüsen klein, schwarz. Die Pleura des Oberlappens verwachsen, aber nicht erheblich verdickt. — Das Netz ist fettreich. Milz auffällig klein, schlaff. Auf dem Durchschnitt treten die Tuberkeln gegenüber der Pulpa deutlich hervor. Von der linken Niere ist die Kapsel nur unvollkommen abzuziehen, da das innerste Blatt sehr fest haftet. Zieht man es doch ab, so reissen Stückchen vom Parenchyn mit ab. Nierengrösse und Gestalt normal, kleine Furchen. Farbe ist rötlich-hellbraun, hin und wieder etwas dunklere Flecke. Die Oberfläche ist, wie die Kapsel abgezogen ist, nicht ganz glatt, sondern ein wenig höckrig. Hie und da sieht man verkalkte Glomeruli. An drei Stellen sind gelbe Flecken vorhanden, herrührend von versprengten Stücken Nebenniere. Consistenz auffallend weich. Marktsubstanz erheblich mehr rot als die Rindensubstanz, die mehr grau ist. Die Gefässe der Rinde sind ungleichmässig gefüllt. Den roten Stellen der Oberfläche entspricht Rötung der Rinde. In der Marksubstanz sind zahlreiche graue Streifen. Aus den Papillen lässt sich viel graubraune Flüssigkeit ausdrücken. Die rechte Niere, die etwas kleiner als die linke ist, zeigt im übrigen ein ähnliches Ver-

halten. Ausserdem eine weissgraue Inkrustation, welche sich eine Strecke ins Parenchym erstreckt. Die Schleimhaut der Kelche und des Beckens bietet keine wesentliche Veränderung. In der Blase findet sich ein ziemlich dunkler, aber trüber Harn, die Falten zeigen teilweise verwaschene, rötliche Verfärbung, am Orificium nurtri inter. sind einzelne Venen gefüllt. Bei Druck auf die Samenblasen entleert sich nach aussen gallertartige Flüssigkeit. Der Mastdarm enthält einige Kothballen. Hoden und Nebenhoden ödematös. In der linken Inguinalgegend ein grosser, weit offener Bruchsack. Im Magen stark gallig gefärbte Flüssigkeit. In der Cardiagegend auf der Höhe einiger Falten dunkelrote Färbungen durch Venenfüllung, im übrigen ist die Magenschleimhaut gewöhnlich. Die Leber ist vergrössert, besonders grosser linker Lappen. Die im ganzen gelbbräunliche Färbung wird durch Flecken und Streifen reingelb unterbrochen, denen auf dem Durchschnitt ganz blutarme, reingelbe Partien entsprechen. Im übrigen ist das Gewebe auffallend scheckig. Es treten unregelmässige, gelbliche Flecken hervor, die sich meist an die Pfortaderäste anlehnen. Ueberall ist deutlich ikterische Färbung bemerkbar.

Im rechten Grosshirnlappen zeigen sich in den vorderen Abschnitten der weissen Markmasse, sowie in den anstossenden Teilen des nucleus caudatus, der äusseren Kapsel bis zum Claustrum und den Inselwindungen hinein zahlreiche, punktförmige Blutungen und an den grösseren Gefässen dieser Partie eine starke Erweiterung der Lymphräume. Mikroskopisch erweisen sich diese punktförmigen Blutungen als kugelige, mit Blut gefüllte Erweiterungen der Lymphscheiden der kleineren Gefässe, in der dieselben umgebenden Hirnsubstanz werden bei frischer Untersuchung Veränderungen nicht wahrgenommen. Diagnose: Multiple dissecierende Aneurysmen an umschriebener Stelle im Gehirn, Bronchiektasien im rechten Oberlappen, Bronchitis, geringe chronisch entzdl. Veränderungen an den Nieren, eiterige Urethritis, eiternde Operationswunde am Praeputium, mässige Adiposität, fleckweisse Fettinfiltration der Leber.

Fall 11. St. Heinrich, Dienstmann, 46 Jahre. Aufgenommen: 16. II. 86. Entlassen: 18. III. 86.

Patient trinkt täglich ½ Liter Schnaps. Befund: Herzresistenz von 3 cm über dem rechten Sternalrand bis zur linken Mamillarlinie. Herzleberwinkel gedämpft. Perikardiales Reiben. Herztöne rein. Rechts hinten unten und links hinten unten Resistenzvermehrung und Reiben. Urin frei. Diagnose: Alkoholismus, Pleuritis duplex, Perikarditis. Geheilt entlassen.

Fall 12. Z. Anna, Weissbindersfrau, 64 Jahre. Aufgenommen: 12. II. 87. Entlassen: 17. II. 87.

Patientin, die starke potatrix ist, hat in der Herberge einen „Anfall“ gehabt und seitdem die Sprache verloren. Befund: Kein tremor, keine Lähmungen, keine Sensibilitätsstörungen. Pupillen reagieren. Urin frei. Diagnose: Alkoholismus chronicus. Psychose. 13. II. Sprache wieder vollständig gut. Geheilt entlassen.

Fall 13. L. Heinrich, Lokomotivführer, 35 Jahre. Aufgenommen: 3. II. 87. Entlassen: 8. II. 87.

Patient giebt reichlichen Biergenuss zu und klagt über vomitus matutinus und wässeriges Erbrechen. Befund: Es besteht tremor der Hände und Zunge. Herz und Leber in normalen Grenzen. Epigastrium druckempfindlich. Patellarreflexe fehlen. Keine Ataxie, keine Sensibilitätsstörungen, keine Sehstörungen, Pupillen reagieren prompt. Urin frei. Diagnose: Alkoholismus chronicus. Völlig geheilt entlassen.

Fall 14. M. Heinrich, Bürstenmacher, 40 Jahre. Aufgenommen 10. I. 87. Entlassen 1. II. 87. Patient giebt reichlichen Alkoholgenuss zu. Während einer Pneumonie tritt bei dem Patienten am 11. I. Unruhe und starker tremor auf, sowie Delirien. Herz nach rechts verbreitert. Töne rein. Leber in der Mamillarlinie von der VI. Rippe bis zur Mitte zwischen Nabel und Schwerdtfortsatz. Urin wenig Eiweiss, keine Cylinder. Diagnose: Pneumonia fibrinosa sinistra. Alkoholismus. Geheilt entlassen.

Fall 15. W. Fritz, Maurer, 44 Jahre. Aufgenommen: 26. II. 87. Entlassen: 12. III. 87.

Patient ist potator. Befund: Es besteht eine bronchitis. Starker tremor der Hände und Zunge. Schmerzempfindlichkeit im Leibe. Herz in normalen Grenzen. Töne rein, dumpf. Leber nicht vergrössert. Urin frei. Diagnose: Alkoholismus chronicus. Tremor alkoholicus. Bronchitis acuta. Der tremor nimmt im Laufe der Behandlung ab. Geheilt entlassen.

Fall 16. T. Gustav, Kaufmann, 28 Jahre. Aufgenommen: 13. VII. Gestorben: 14. VII. 87.

Befund: Starker Erregungszustand. Tremor der Hände und Zunge. Er bekommt abends wegen Unruhe 0,01 Morphium; nachts nochmals 0,02 Morphium und 6,0 Kal. brom. Aufregung steigert sich, so dass Patient nicht mehr im Bette zu halten ist. Gegen Morgen plötzlich exitus letalis.

Sektionsbericht 15. VII. Sehr weit vorgeschrittene Fäulnis. Schädel sehr dick, besonders am Stirnbein. An dessen Innenseite tiefe Gefässfurchen mit weisslichem Knochenrand. Dura schlaff, durchscheinend. Pia ödematös. Im Gehirn nichts Abnormes zu finden.

Linke Lunge blutreich, überall lufthaltig. Rechte Lunge zeigt in den hinteren unteren Abschnitten des Oberlappens etwas festere

Consistenz und auf dem Durchschnitt eine umschriebene pneumonische Veränderung. Es lässt sich aus dem Gewebe eine faule, rötlichgelbe Flüssigkeit in grosser Menge ausdrücken. Unter der Pleura sitzt ein starker, ca. haselnussgrosser Knoten, der auf dem Durchschnitt ein homogenes, gelbes Aussehen besitzt und im Centrum ein kleines lumen zeigt, aus dem sich Blut ausdrücken lässt. Ein kleiner, ebenfalls homogener, gelber, derber Herd sitzt mehr in der Tiefe des Lungengewebes. In der oberen Partie des Unterlappens sieht man ebenfalls eine etwas mehr gelbliche Partie, an welcher auf dem Durchschnitt unter der Pleura ein Blutgefäss sichtbar ist, welches in der Ausdehnung von ca. 1½ cm von einer, einige mm breiten, derben, gelben Masse umgeben erscheint, nach der Tiefe zu schliesst sich dem eine central erweichte, ca. bohnengrosse gelbe Masse an. Trotz der Erweichung ist diese gelbe Substanz nicht bröckelig, eher etwas elastisch, so dass sie nicht den gewöhnlichen, phthisischen, käsigen Massen gleicht.

Mikroskopisch lassen sich aber überall Tuberkelbacillen nachweisen. Leber stark verfettet. Diagnose: Käsige, phthisische Veränderungen der rechten Lunge mit frischen, pneumonischen Herden. Eigentümliche Lokalisation mehrerer käsiger Herde um Gefässe und Bronchen herum.

Fall 17. R. Friedrich, Oberwachtmeister, 67 Jahre. Aufgenommen: 21. X. 89. Entlassen: 27. X. 89.

Viel Branntweingenuss wird zugestanden. Patient klagt über Appetitlosigkeit, Schwindel, Mattigkeit, Kopfschmerz. Befund: Es besteht tremor alkoholicus. Uebelkeit, Aufstossen und foetor ex ore. Das Herz ist in normalen Grenzen. Töne sind dumpf, aber rein. In den anderen Organen keine Veränderungen. Magen druckempfindlich. Urin spärlich, leichte Albuminurie, keine Cylinder. Diagnose: Gastritis chronica alkoholica. Geheilt entlassen.

Fall 18. A. Wilhelm, Oekonom, 38 Jahre. Aufgenommen: 31. III, 92. Entlassen: 12. IV. 92.

Patient ist potator strenuus. Er bekommt im Anschlusse an eine Pneumonie starke Benommenheit des sensorium. Benommenheit und Unruhe steigern sich. Am 2. und 3. Tage furibunde Delirien. Isolierung. Am 4. Tage sensorium wieder frei. Delirien verschwunden. Organe sonst ohne Befund. Urin frei. Diagnose: Pneumonia fibrinosa sinistra. Delirium. Auf Wunsch entlassen.

Fall 19. D. Paul, Oberförster, 40 Jahre. Aufgenommen: 11. III. 92. Entlassen 14. III. 92.

Patient ist geständiger potator. Seit ½—¾ Jahren bemerkt er eine Anschwellung der Leber. Sonst ist sein Befinden gut. Befund: Starker tremor. Sprache stockend. Gedächtnis ab-

schweifend. Gesichtsausdruck ängstlich und unstät. Plötzliches Auftreten von typisch epileptischen Krämpfen, die 5—7 Minuten dauern. Pupillen und Cornealreflex ist dabei erloschen. Nach dem Anfall weiss Patient nichts davon. Leib aufgetrieben. In den abhängigen Partien besteht Fluktuation und Dämpfung. Leber ist vergrössert, ihre Oberfläche uneben. Es besteht Ikterus. Die anderen Organe sind gesund. Urin spärlich, mässige Mengen Eiweiss. Keine Cylinder. Schwacher Gallenfarbstoffnachweis: Diagnose: Cirrhosis hepatis. Alkoholismus chronicus. 14. III. Trotz des gereichten Alkohols werden die Hirnerscheinungen heftiger, daher Ueberführung in die Irrenanstalt.

Fall 20. H. Hermann, Schuhmachergeselle, 29 Jahre. Aufgenommen: 14. VIII. 92. Entlassen: 21. XI. 92.

Patient stellt Alkoholismus in Abrede. Befund: Starker tremor der Hände. An Kopf, Beinen und Rücken Abschürfungen und blutunterlaufene Stellen infolge von Fall. Gliederschmerzen. Leichte bronchitis. Organe sonst gesund. Diagnose: Tremor alkoholicus. Sugillationen und Exkoriationen nach trauma. Geheilt entlassen.

Fall 21. S. Friedrich, Dachdecker, 40 Jahre. Aufgenommen: 12. IX. 93. Entlassen: 5. XII. 93. Patient ist notorischer Säufer. Er verunglückte, indem ihm ein Wagen über den Bauch ging. Aufnahme im Krankenhause. Nach 14 Tagen epileptiforme Anfälle, deren Herannahen sich durch plötzliches Angstgefühl und süsslichen Geschmack im Munde bemerkbar macht. Befund: Herz nach links 3½ cm über die linke Mamillarlinie, nach rechts 3 cm über den rechten Sternalrand. Töne leise, der erste unrein. Organe sonst gesund. Schwacher Patellarreflex. Grobe Kraft vermindert. Kein Rombergsches Phänomen. Während der Anfälle sind die Pupillen weit und reaktionslos, sowie Puls und Atmung beschleunigt. Derartige Anfälle treten täglich mehrmals auf. Urin frei. Diagnose: Alkoholismus chronicus. Epileptiforme Krampfanfälle. Schmerzen im Bauch. Seit dem 20. X. kein Anfall. Gewicht hat um 22½ Pfund zugenommen. Entlassen.

Fall 22. A. Karl, Arbeiter, 35 Jahre. Aufgenommen: 3. VIII. 94. Entlassen: 8. VIII. 94. Patient ist starker Trinker. Vater war ebenfalls potator strenuus. Befund: Ernährung kümmerlich. Patient oft unklar, aufgeregt, schwätzt Unsinn, sucht Nadeln und ist leicht schreckhaft. Pupille rechts weiter als links, sie reagieren träge. Herzresistenz 3½ cm über dem rechten Sternalrand, links 1 cm ausserhalb der Manillarlinie. Erster Ton an der Spitze unrein. 2 Pulmonalton verstärkt. Puls stark gespannt, 120. Arterie rigide, wenig gefüllt. Patellarreflex schwach. Es besteht Hyperästhesie und Hyperalgesie. Noch abends musste Patient isoliert

werden bis zum Morgen, wo die Erscheinungen verschwunden waren. Puls gut. Urin: Geruch aromatisch, viel Eiweiss, kein Zucker. Kein Aceton, Acetessigsäure schwach angedeutet. Sehr wenig hyaline Cylinder. Diagnose: Delirium cum tremore. Nephritis. Dilatatio cordis. Hypertrophie des linken Ventrikels. Geheilt entlassen.

Fall 23. B. Erich, Apotheker, 33 Jahre. Aufgenommen: 17. XII. 94. Entlassen: 14. I. 95.

Notorischer Säufer, der bereits in verschiedenen Anstalten behandelt wurde. 1892 Selbstmordversuch. Befund: Rechtes Auge fehlt. Linke Pupille reagiert träge. Arterien geschlängelt. Puls regelmässig. Tremor der Hände. Lebhafte Sehnenreflexe. Herz nach rechts vergrössert. Töne rein. Leber und Milz deutlich vergrössert. Es besteht Kopfweh und Schlaflosigkeit. Am 18. XII. Delirien. Beschleunigte Atmung. Unruhe, Angst, Tobsuchtsanfälle, so dass er isoliert werden musste. Gesichtshallucinationen. Starker tremor und Schweiss. Der Zustand dauert bis zum 20. II., wo grosse Schwäche, Kopfschmerz und Abgeschlagenheit eintritt. Urin wenig Eiweiss, kein Zucker. Diagnose: Alkoholismus chronicus. Delirium tremens. Bei Wohlbefinden entlassen.

Fall 24. H. Heinrich, Schuhmacher, 48 Jahre. Aufgenommen: 16. V. 94. Entlassen: 18. VI. 94.

Patient trinkt täglich 1½ Liter Schnaps. Während einer Behandlung mit Chrysarobin wird Patient am 20. V. aufgeregt und hat Hallucinationen. Der Zustand ist vorübergehend, so dass er nicht isoliert zu werden braucht. Urin frei. Diagnose: Psoriasis. Geringfügige Aufregungszustände infolge von Alkoholismus chronicus. Geheilt entlassen.

Fall 25. R. Heinrich, Arbeiter, 49 Jahre. Aufgenommen: 10. I. 95. Entlassen: 29. I. 95.

Patient ist starker Schnapstrinker und hat bereits am Delirium gelitten. Er klagt über schlechtes Sehen und Schwäche in den Beinen. Befund: Gefässe sind atheromatös und geschlängelt. Das Herz reicht 4 cm über den rechten Sternalrand, nach links 2 cm über die Manillarlinie. Töne dumpf, rein. Puls 80—84, aussetzend. Druckpunkte von grosser Schmerzhaftigkeit beiderseits an dem nervus ischiaticus, peronens, tibialis, radialis u. trigeminus. An den unteren Extremitäten besteht eine lebhafte Hyperästhesie und Hyperalgesie, die einen clonus im ganzen Körper auslösen. Urin frei. Diagnose: Polyneuritis alkoholica. Dilatatio cordis. Atherom der Arterien. Schwächung des Myocards. Ungeheilt ins städtische Hospital verlegt.

Fall 26. S. Franz, Kammerjäger, 55 Jahre. Aufgenommen: 15. VI. 94. Entlassen: 21. VI. 94.

Patient trinkt täglich 3—4 Flaschen Wein und oft bis ½ Liter Schnaps. Befund: Vomitus matutinus. Unruhe. Herz in normalen Grenzen. Leber vergrössert. Druckempfindlichkeit im Epigastrium. Ikterus. Starker Tremor der Hände. Urin neutral, trübe. Eiweiss, granulierte Cylinder. Kein Zucker. Diagnose: Delirium cum tremore. Nephritis. Ungeheilt entlassen.

Fall 27. S. Marie, Armenhäuslerin, 36 Jahre. Aufnahme: 7. II. 96. Gestorben: 12. II. 96.

Anamnese: Säuferin. Im Jahre 92 bereits auf der Irrenanstalt wegen Manie auf alkoholischer Basis. Sie fiel am Tage der Aufnahme plötzlich bewusstlos vom Stuhl unter Zuckungen in Armen und Beinen. Befund: Herz und Leber in normalen Grenzen. Reflexe erhalten, teilweise erhöht. Sie ist bewusstlos und reagiert nicht auf Anrufen. Ausleerungen unwillkürlich. Ueber den Lungen rechts hinten unten Resistenzvermehrung. Links hinten oben und links hinten unten Katarrh. Rechts vorn oben Resistenzvermehrung und Aufhebung der Atmung. Urin frei. Diagnose: Manie, Status epilepticus, Bronchitis diffusa, Pneumonische Herde in den Lungen. Chronischer Alkoholismus. Bei zunehmender Bewusstlosigkeit tritt unter Erscheinungen des Lungenödems der exitus letalis ein.

Sektionsbericht: Rückenmark: An der inneren Oberfläche der Dura mater spinalis sieht man in grosser Ausdehnung vorspringende graue Knötchen, die am deutlichsten in dem cervikalen Abschnitt erkannt werden und die Grösse eines Mohnkornes nicht erreichen. Pia mater arm an Blut, in der oberen Hälfte etwas getrübt. An einer Stelle im oberen Rückenteil ein hirsekorngrosses graues Gebilde, aus dem man auf dem Durchschnitt weder Flüssigkeit noch Käse ausdrücken kann. Veränderungen sind sowohl an der Dura, wie Pia ventral weniger deutlich wie dorsal. Schnitte durch die Medulla zeigen zunächst im Verhältnis zur blassen pia auffällig reichlich rote Flecke und Streifen, besonders in der weissen Substanz. Die Farbe der weissen Substanz ist nicht überall gleichmässig, sondern es treten bald hier und da besonders deutlich in den hinteren Strängen vielfach unregelmässig begrenzte graue Partien hervor, die sich deutlich von den weissen abheben. Die Gestalt der grauen Zentralmasse zeigt weder Asymmetrie noch sonstige Veränderungen. Ueber dem Kreuzbein befindet sich ein Decubitus. Schädel ohne Besonderheiten, Dura durchscheinend, leicht in einer grossen Falte aufzuheben. Gefässe als rote Streifen sichtbar. Sinus longitudinalis enthält nur wenig Blutgerinnsel, zahlreiche Arachnoidealzotten reichen in denselben hinein, und

einige in seiner Umgebung an der äusseren Seite der Dura. Innere Durafläche mit einer klaren Flüssigkeit bedeckt. Pia stark ödematös, überall gut durchsichtig, ihre Gefässe nur sehr unvollkommen gefüllt. Hier und da bildet das Oedem förmliche Cysten. Befund rechts wie links. Bei der Herausnahme des Gehirns sammelt sich nur sehr wenig Flüssigkeit in der hintern Schädelgrube. In der linken mittleren Schädelgrube eine Anzahl Arachnoidealzotten, das Tentorium cerebelli zeigt auffällig viele gefüllte Gefässe, sonst ist nichts von Veränderung an ihm wahrzunehmen. Sinus der Basis ebenfalls fast leer; die Körnchenbildung von der Dura mater spinalis setzt sich nicht über das foramen occipitale hinaus fort. An der Basis des Gehirns zeigt sich die rechte Arteria vertebralis wie durch einen ganz feinen Faden gebildet, die übrigen Arterien des Circulus Willisii zeigen gleichmässig durchscheinende Wand und nur wenig flüssiges Blut. Weder Infiltration noch Tuberkelbildung ist zu sehen. Beim Versuch, die Pia abzuziehen, gelingt dies trotzdem nicht überall, besonders am Stirnhirn bleiben vielfach kleine Partikelchen der Hirnsubstanz an der Pia haften. In den Seitenhöhlen findet sich je etwa ein Theelöffel klarer Flüssigkeit. Das Ependym zeigt am septum lucidum und am Streifenhügel eine ähnliche feinkörnige Veränderung wie die Dura spinalis. An Durchschnitten durch die Hemisphären treten mässig zahlreiche Blutpunkte hervor; Schnittfläche fein glänzend; Blutpunkte werden zahlreicher, auch in der Rinde sieht man zahlreiche feine rote Streifen, sonst keine Veränderung. Die Oberfläche der Windungen ist sehr schmal, sodass beim Abziehen der Pia breite Furchen zwischen ihnen hervortreten. Grosse Ganglien ohne besonderen Befund. Sehr stark tritt die Körnung am Ependym des IV. Ventrikels hervor. Die übrigen Gehirnteile sind ohne besonderen Befund. Panniculus dünn. Muskulatur blassrot. Inspektion der Bauchhöhle ergiebt nichts Besonderes. Zwerchfell rechts bis zur IV., links, wo Verwachsungen bestehen, bis zur V. Rippe. Linke Lunge vorne angewachsen, rechte frei. Lungen berühren sich in grosser Ausdehnung mit ihren vorderen Rändern. Die Verwachsungen reichen links fast über die ganze Lunge, lassen sich aber leicht trennen, rechts nur leichte Adhärenz an der Spitze. Im Mediastinum ist ein deutlicher thymischer Fettkörper vorhanden. Herz, besonders linke Ventrikel, schlaff, enthält flüssiges Blut, Cruor und Speckhautgerinnsel. Muskulatur hat eine bräunlich rote Färbung, besonders rechts einige hellere Flecken, die aber nicht gelb sind. Vielfach, besonders links, Rötung des subendokardialen Gewebes. Klappen vollkommen gut. Beim Durchschneiden des linken grossen Bronchus entleert sich schleimige Flüssigkeit mit kleinen grauen Bröckchen. Die Luftbläschen an der Spitze

und vorderem Rande sind etwas vergrössert. Lunge an ihrer Oberfläche überall lufthaltig, fühlt sich sehr weich an. Auch in der Lunge selbst enthalten die Bronchien etwas schleimigen, leicht schäumigen Inhalt, nach dessen Entfernung in der Schleimhaut die grossen venösen Gefässbäumchen mit roter Farbe hervortreten. Aus den Schleimdrüsen lassen sich kleine graue Sekrettropfen ausdrücken. Auch auf dem Durchschnitt ist das Parenchym lufthaltig, hellrot gefärbt, nur die hinteren Abschnitte sind etwas dunkler und lassen bei Druck schäumige Flüssigkeit austreten. Rechte Lunge macht einen geblähten Eindruck, aber im allgemeinen sind die Luftbläschen nicht grösser als links. Ein paar hämorrhagische Stellen am Unterlappen, die zugleich kollabiert erscheinen. Auf dem Durchschnitt tritt in ihrer Nähe reichlich Bronchialinhalt hervor. Auf Druck sieht man aus den kleineren Bronchien eine etwas milchig aussehende schaumige Flüssigkeit kommen, die sich mit kleinen Bröckchen gemischt auch in den grösseren Bronchien findet. Im übrigen zeigt die Lunge an allen Stellen Luftgehalt. Die Farbe ist eine relativ hellrote, selbst im Unterlappen. Arterien und bronchiale Lymphknoten zeigen keine Veränderung. Die Milz ist klein, sehr schlaff, zahlreiche Adhäsionen mit Zwerchfell und Magen. Verdickungen der Kapsel. Linke Niere klein, ziemlich blutreich, am Nierenbecken nichts Besonderes. Die Nebenniere normal. Rechts derselbe Befund. Harnblase kontrahiert, Schleimhaut blass, im Blasengrund einige Tropfen trüber Flüssigkeit. Der Uterus ist klein, im Cervix ein zäher weisser Schleimpfropf; Uterusschleimhaut gerötet. Die Ovarien klein, enthalten einzelne Follikel. Im Darm nichts Besonderes. Die Leber ist auffallend klein, zeigt eine deutliche Schnürfurche und mehrere Sagittalfurchen; auf dem Durchschnitt tritt die Läppchenzeichnung sehr deutlich hervor, die Centren sind auffallend rot und eingesunken. Gallenwege frei. In der Magenschleimhaut finden sich reihenförmig auf der Höhe der Falten aufgestellte Geschwüre mit dunklem, fast schwarzem Grunde. Pankreas derb, ohne Besonderheiten. Diagnose: Pachymeningitis spinalis externa granulosa. Ependymitis granulosa. Piaoedem, Meningo-encephalitis chronica. Atrophie der Rinde beiderseits. Chronische Perisplenitis. Stauungsatrophie der Leber, hämorrhagische Erosionen des Magens. Schnürfurche und Sagittalfurche der Leber.

Fall 28. H., Carl, Maschinenputzer, 61 J. Aufnahme 11. II. 96. Entlassen: 10. III. 96.

Patient ist geständiger Potator. Befund: Hastige Bewegungen, starker Tremor. Herz sehr vergrössert. Töne dumpf, unrein, 2. Töne verstärkt. Puls klein, leicht unterdrückbar. Leber nicht vergrössert, hart und uneben. Starker Ascites. Urin frei.

Diagnose: Endocarditis chronica mitralis. Bronchitis, Stauungsorgane, Ascites, Anasarka, Chronischer Alkoholismus. Geheilt entlassen.

Wiederaufnahme. Aufgenommen: 16. X. 96. Gestorben: 25. X. 96.

Patient kommt wieder mit denselben Beschwerden. Starker Tremor. Geschlängelte Arterien. Ikterus. Leibesumfang 90 cm. In den seitlichen und unteren Partieen des Bauches Dämpfung, die sich bei Lagewechsel ändert. Herz nach rechts 4 cm über den rechten Sternalrand, nach links $2^1/_2$ cm über die linke Mamillarlinie. Leber und Milz vergrössert. Urin: spärlich, etwas Eiweiss, kein Zucker. Gallenfarbstoff. Diagnose: Ikterus, Endocarditis mitralis chronica. Cirrhosis hepatis. Höhlenhydrops. Alkoholismus chronicus. 23. X. Punktion in der linea alba. Es entleert sich 4000 ccm Flüssigkeit. Spez. Gewicht 1011. Albumen nach Esbach 0,75 %. Biuretreaktion positiv. Fehlingsche Lösung wird rotgelb reduziert. Mikroskopisch: Fast nur rote Blutkörper und einige Rundzellen. Am 25. X. Unter Zunahme der Somnolenz und Auftreten von Singultus der Exitus letalis.

Sektionsbericht. Aelterer Mann mit sehr starker ikterischer Hautfärbung. In der Linea alba eine von einer Punktion herrührende Oeffnung. Nabel leicht halbkugelig vorgewölbt. Bauch etwas aufgetrieben. Oberhalb des Nabels geht eine horizontale Furche über den Bauch, oberhalb und unterhalb welcher die Ausdehnung stärker ist. Oberhalb wölbt sich der Magen, durch Gas ausgedehnt, stark hervor. Oberhalb desselben befindet sich ein wenig Flüssigkeit, die in grösserer Menge (über ein Liter) aus den unteren Abschnitten der Bauchhöhle entleert wird; sie ist deutlich ikterisch gefärbt und enthält eine Anzahl kleiner Fibrinflöckchen, kein Blut. Mehr Fibrin, das zum Teil nur wenig, zum Teil starke gallige Färbung darbietet, liegt auf der Oberfläche des Peritoneums. Das parietale Peritoneum zeigt vielfach Gefässinjektion und kleine Hämorrhagieen. Der am Bauch hervorgetretenen Furche entspricht das mit der Bauchwand verklebte Netz. Am Nabel ist die Vorwölbung durch ein kleines Fettträubchen bedingt. Die Därme sind durch Gase ausgedehnt, insbesondere das Colon transversum. Der ausgedehnte Magen legt sich zum Teil über die Vorderfläche der Leber herüber. Die Leber überragt den Rippenrand nur wenig. Die Oberfläche ist deutlich granuliert. Durch die Wand der die Leber etwas überragenden Gallenblase schimmert kein galliger Inhalt durch. Zwerchfellstand rechts an der V. Rippe, links im V. Interkostalraum. In den Pleurahöhlen findet sich kein Inhalt. Linke Lunge ist frei, rechts besonders im Bereich des Mittellappens fest verwachsen. Herzbeutelflüssigkeit gering, stark gallig. Herz-

beutel nicht wesentlich verändert. Rechter Ventrikel schlaff, linker derb. Grösse des Herzens nicht auffallend verändert. Im rechten Vorhof galliges Speckhautgerinnsel und flüssiges Blut. Ostium venosum dextrum weit. Inhalt der Ventrikel derselbe wie im Vorhof. Linkes ostium venosum nur knapp für 2 Finger durchgängig. Man sieht Unebenheiten an den Klappen. Ausser ikterischer Färbung an der Muskulatur und den Klappensegeln ist rechts nichts Auffälliges. Links eine Anzahl subendokardialer Blutungen. Muskulatur etwas bräunlich gefärbt. An den Aortenklappen ist rechtes und linkes Segel miteinander verwachsen. Die Verwachsungsstellen sind verdickt und verkalkt. Segel der Mitralis, ebenso wie viele Chorden, verdickt, sodass sie sich auch derb anfühlt. Hie und da ist offenbar Kalk abgelagert. In den Segeln treten Gefässbäumchen hervor. Im Magen zeigt sich 2 Finger breit vom Pylorus entfernt eine Verengerung mit Verdickung der Magenwand. Die Stelle ist so eng, dass man eben einen Finger durchführen kann. Sie ist enger als der Pylorus. Im Magen ist eine dünne fast wässerige Flüssigkeit mit grauen Bröckchen. Der Inhalt des Duodenums ist zwar etwas gallig gefärbt, aber wenig. Beide Lungen sind stark zurückgesunken, schwer, zum Teil mit der Brustwand und Zwerchfell verwachsen. Entsprechend den Verwachsungen ziehen auffällig weisse feine Gefässbäumchen auf die Pleura über und verzweigen sich dort. (Mikroskopisch: Die weisse Färbung beruht auf intensiver Verfettung der Wand.) Starke Kohlenablagerungen in den Lungen. Auf der Schnittfläche sind die Lungen sehr rot, blutreich. In dem einen Unterlappen springen noch besonders dicke schwarzrote Herde über die Oberfläche hervor. Das übrige Lungengewebe ist ziemlich luftarm. Die Bronchien enthalten einen blutig gefärbten Schleim und ihre Schleimhaut selbst ist intensiv geschwollen und gerötet. Auf der Pleura sind punktförmige Blutungen. Die Milz ist klein, Trabekel sehr deutlich, Pulpa atrophisch, leichte ikterische Färbung. Die linke Nebenniere bietet nichts Besonderes. Die linke Niere hat eine schwer abziehbare Kapsel. Die Oberfläche ist feinhöckrig. Die Niere ist im ganzen klein, sehr derb. Auf der Schnittfläche ist die Rinde etwas verkleinert. Im Mark sieht man eine intensiv weisse Streifung. Nierengewebe und Nierenbeckenschleimhaut zeigen ikterische Färbung. Die rechte Nebenniere und Niere wie links. Sehr wenig, gallig gefärbter Urin in der stark kontrahierten Blase. Auch die Flüssigkeit in den Samenblasen erscheint bräunlich-gelb. Im Duodenum und Magen gallig gefärbter Inhalt. Im Fundus des letzteren beginnende saure Erweichung. Die Gallenwege sind frei. Die Leber ist an ihrer Oberfläche stark höckrig, etwas kleiner als in der Norm. Auf der Schnittfläche ist sie intensiv gallig-gelb

gefärbt. Die Läppchenzeichnung ist kaum zu erkennen. Das Lebergewebe ist durch graue, derbe Züge und Stränge in ein System kleiner und grosser Inseln zerlegt. Die Konsistenz ist derb. Am Darm ist nichts Besonderes. Das Pankreas ist von normaler Grösse, aber auffallend derb, von kleinen gallig-gefärbten, etwas undurchsichtigen Herden durchsetzt. (Fettgewebsnekrosen?). Die Läppchenzeichnung ist sonst gut. Keine Bindegewebsvermehrung ist mit blossem Auge erkennbar. Sternum sehr leicht schneidbar, lymphoides Mark. Am Gehirn zeigen sich feine Fibrinflocken der Basis auf der Pia, sonst ohne Befund. Diagnose: Cirrhose der Leber, Allgemeiner Ikterus. Granularatrophie der Nieren. Dilatation und geringe Hygertrophie beider Ventrikel. Parenchymatöse Myokarditis. Braune Atrophie des Herzens. Lungenhyperämie. Hämorrhagische Bronchopneumonieen. Chronische Pleuritis mit Adhäsionen. Kalkinfarkte der Nieren.

Fall 29. N. Kaufmann, 42 Jahre. Aufnahme: 22. III. 96. Entlassung: 17. VII. 96.

Kein Journalbericht. Urin frei. Diagnose. Multiple Sklerose, linksseitige Peroneusschwäche. Nystagmus. Alkoholismus.

Fall 30. K. Carl, Lokomotivführer, 51 J. Aufnahme: 17. III. 96. Entlassung: 30. III. 96.

Patient giebt reichlichen Alkoholgenuss zu. Befund: Es besteht starke Cyanose. Herz stark vergrössert. Töne dumpf, unrein. 2. Ton nicht verstärkt. Leber vergrössert, druckempfindlich. Milz ebenfalls stark vergrössert. Skleralikterus. Kein Ascites. Urin frei. Diagnose: Dilatatio cordis. Stauungscirrhose der Leber. Alkoholismus. Lungenblähung. Bronchitis. Milztumor. Ungeheilt entlassen.

Fall 31. S. Adolf, stud. med., 21 J. Aufnahme: 4. XI. 95. Entlassung: 16. XI. 95.

Patient ist starker Potator. Befund: Patient lärmt, ist unruhig, redet verwirrt. Er hat Verfolgungsideen und redet mit Personen, die garnicht da sind. Starker Tremor der Hände. Herz in normalen Grenzen, Leber vergrössert. Herzfrequenz steigt bis auf 160. Urin spärlich, reichlich Albumen und Aceton, sehr reichlich hyaline Cylinder mit und ohne Fett. Epithelien. Diagnose: Delirium tremens. Nephritis, Dilatatio cordis. Urämie? Nach dem Abklingen der Erscheinungen starke Erschöpfung. Geheilt entlassen.

Fall 32. S. August, Böttcher, 55 Jahre. Aufnahme: 11. VI. 95. Entlassung: 2. VII. 95.

Patient trank früher täglich 6 Liter Bier, jetzt täglich 1/4 Liter Schnaps. Befund: Druckpunkte im Bereich des Ischiadicus, Cruralis, Medianus, Radialis; weniger Ulnaris und Supraorbitalis.

Starker Tremor. Herz in normalen Grenzen. Töne dumpf, aber rein. Leber nicht vergrössert. Urin frei. Diagnose: Multiple Neuritis (alcoholica?) Gebessert entlassen.

Fall 33. W. Ernst, Bahnwärter, 42 Jahre. Aufnahme: 29. III. 95. Entlassung: 9. IV. 95.

Patient ist geständiger Potator. Befund: Grosse Unruhe, sieht Tiere, redet unsinnig. An den Organen nichts Besonderes. Muss isoliert werden. Starker Tremor. Urin frei. Diagnose: Delirium tremens. Otitis media duplex. Die Unruhe dauert bis zum 7. IV. an. Geheilt entlassen.

Fall 34. B. K. Kaufmann, 29 Jahre. Aufnahme: 8. XII. 96. Entlassung: 29. XII. 96. Keine Angabe. Befund: Herz rechts 3 cm über den rechten Sternalrand, links $1^1/_2$ cm über die Mamillarlinie. Systolisches Geräusch. Leber vergrössert. Leicht schreckhaft. Kribbeln in den Händen. Tremor der Hände und Zunge. Schlechter Appetit. Schlaflosigkeit. Urin frei. Diagnose: Obesitas. Gicht. Dilatatio cordis. Insufficientia mitralis. Hepar volumine auctum. Tremor alcoholicus. Gebessert entlassen.

Fall 35. B. Carl, Gastwirt, 68 Jahre. Aufnahme: 27. IV. 96. Entlassung: 29. IV. 96.

Kein Journalbericht. Patient hält sich für verhext. Urin frei. Diagnose: Neuritis alcoholica. Tremor alcoholicus. Cystitis Pyelitis. Psychose.

Fall 36. F. Martin, Gastwirt, 53 Jahre. Aufnahme: 6. II. 96. Entlassung: 11. V. 96.

Patient trinkt täglich eine Flasche Portwein, 6—8 Mass Bier und 3—4 Schnäpse. Patient klagt über Angstgefühl, Frost, Schlaflosigkeit, Gefühllosigkeit in den Beinen. Schwindel, Ohnmacht, Schwermut, Magenbesehwerden. Schmerzen, die in den Beinen beginnen und den ganzen Körper durchziehen. Hallucinationen. Befund: Herz normal. Töne dumpf. Leber vergrössert. Druckempfindlichkeit im Medianus, Radialis, Supra- und Infraorbitalis. Urinlassen erschwert. Urin frei. Diagnose: Chronischer Alkoholismus. Neuritis alcoholica. Tremor. Lungenblähung. Bronchitis. Debilitas cordis. Gebessert entlassen.

Fall 37. K. Wilhelm, Brauer, 39 Jahre. Aufnahme: 14. I. 97. Entlassung: 17. I. 97.

Patient trinkt viel Bier. Befund: Cyanose der Lippen und Ohren. Blutandrang zum Kopfe. Schwindel. Herz dilatiert nach rechts. Töne rein. Leber überragt in der Mamillarlinie den Rippenbogen um 3 cm, ist eben und nicht druckempfindlich. Stuhl angehalten. Urin frei. Diagnose: Obstipatio chronica. Adipositas. Hepar volumine auctum. Alkoholismus. Gebessert entlassen.

Fall 38. v. L., Robert. Friseur, 38 Jahre. Aufnahme: 20. VII. 96. Entlassung: 2. IX. 96.

Potator strenuus. Aus der Augenklinik geschickt wegen Deliriums. Befund: Herz in normalen Grenzen. Leber und Milz vergrössert. Gesichts- und Gehörshallucinationen. Tobsucht. Schlaflosigkeit. Urin anfangs Eiweiss. Diagnose: Delirium tremens. Geheilt entlassen.

Fall 39. N. Anton, Ackermann, 66 Jahre. Aufnahme: 19. VI. 96. Entlassung: 22. VI. 96.

Reichlicher Alkoholgenuss wird zugestanden. Befund: Arterien geschlängelt und rigide. Druckempfindlichkeit im Verlauf des linken Ischiadicus, sowie spontane Schmerzen. Tremor der Hände und Beine. Urin frei. Diagnose: Ischias posterior sinistra. Atheromatose. Alkoholismus.

Fall 40. R. August, Arbeiter, 57 Jahre. Aufnahme: 29. II. 96. Entlassung: 25. IV. 96.

Patient trinkt viel Schnaps. Er klagt über Schwäche, Mattigkeit, Zittern und Schmerzen im ganzen Körper. Durstgefühl. Befund: Arterien geschlängelt. Cyanose des Gesichts. Herz und Leber in normalen Grenzen. Starker Tremor der Hände und Füsse. Intentionszittern. Druckempfindlichkeit des rechten Radialis, des Ischiadicus und Peroneus. Supraorbitalneuralgie. Urin spärlich, vereinzelt hyaline und verfettete Cylinder. Diagnose: Chronischer Alkoholismus. Neuritis alcoholica. Bronchitis. Delirium tremens. 24. IV. Unruhe seit 14 Tagen sehr gesteigert. Er wurde aggressiv und schmutzig, daher Ueberführung in die Irrenanstalt.

Fall 41. G. Anna, Rohrmeistersfrau, 30 Jahre. Aufnahme: 27. IX. 97. Entlassung: 2. X. 97.

Patientin hat ½ Wasserglas voll Spiritus ausgetrunken. Brennen im Munde und Halse, Kopfschmerzen. Befund: Benommenheit. Pupillenreaktion träge. Sehnenreflexe nicht zu erzeugen. Herz in normalen Grenzen. Leber etwas vergrössert. Puls voll, gespannt. Urin frei. Diagnose: Intoxicatio alcoholica. Geheilt entlassen.

Fall 42. B. Gustav, Anatomiewärter, 34 Jahre. Aufnahme: 10. VIII. 97. Entlassung: 17. VIII. 97.

Reichlicher Schnapsgenuss zugestanden. Befund: Tobsucht. Verfolgungsideen. Aufregungszustände. Gesichts- und Gehörshallucinationen. Nach dem Anfall tiefer Schlaf. Herz und Leber in normalen Grenzen. Appetit schlecht. Pharynx gerötet. Pupillen reagieren. Trigeminusäste sind druckempfindlich. Urin anfangs Eiweiss, später frei. Diagnose: Delirium cum tremore. Geheilt entlassen.

Wiederaufnahme. Aufgenommen: 3. VIII. 98. Entlassen:

7. XIII. 98. Befund: Herz und Leber in normalen Grenzen, Töne rein. Arterien etwas atheromatös. Tobsucht, weshalb er isoliert werden musste. Diagnose: Delirium tremens. Geheilt entlassen.

Fall 43. D., August, Gastwirt, 47 J. Aufnahme: 27. IV. 97. Entlassung: 30. IV. 97.

Patient klagt über Schwäche und Schmerzen in den Beinen. Alkoholgenuss? Befund: Grobe Kraft rechts herabgesetzt. Reflexe erhalten. Radialis, Ischiadicus, Cruralis und Peroneus sind druckempfindlich. Elektrische Erregbarkeit erhalten. Tremor. In der Lunge besteht links hinten oben Katarrh. Organe gesund. Urin frei. Diagnose: Multiple Neuritis alcoholica. Katarrh der linken Lungenspitze. Auf Wunsch gebessert entlassen.

Fall 44. R., Georg, Stationsassistent, 43 Jahre. Aufnahme: 24. VIII. 97. Entlassung: 27. VIII. 97.

Potator strenuus. Patient klagt über Schwindelanfälle und Kopfschmerzen. Verschwommenheit beim Sehen. Befund: Cyanose des Gesichts. Herz in normalen Grenzen, Töne dumpf. Leber nicht vergrössert. Leib aufgetrieben. Gang schwankend. Körpergewicht 203 Pfund. Urin frei. Diagnose: Adipositas universalis. Alkoholismus. Auf Wunsch entlassen.

Fall 45. S., Ignaz, Maurer, 56 Jahre. Aufnahme: 13. X. 97. Entlassung: 24. X. 97.

Regelmässiger Alkoholgenuss zugestanden. Befund: Wirrer Blick, Unruhe, Tremor. Herz unten rechts verbreitert. Töne rein. Leber in normalen Grenzen. Patellarreflexe erhöht. Beklopfen der Wirbelsäule schmerzhaft. Urin frei. Diagnose: Unfall, Alkoholismus, Kopfnarben. Adipositas universalis. Entlassen.

Fall 46. W., Otto, Droguist, 30 Jahre. Aufnahme: 2. IV. 97. Entlassung: 3. V. 97.

Patient ist geständiger Potator. Befund: Pupillen sehr eng. Starker Tremor. Er kennt seine Umgebung nicht, sieht kleine Tiere. Puls 160. Respiration 24. Urin im Anfall Eiweiss, später frei. Organe gesund. Diagnose: Delirium cum tremore. Hernia in der Linea alba. Nach 24stündigem Schlaf sind die Erscheinungen völlig verschwunden. Es besteht etwas Kopfschmerz und Mattigkeit. Beschwerdefrei entlassen.

Wiederaufnahme. Aufnahme: 2. VI. 97. Entlassung: 3. VIII. 97. Befund: Wahnideen. Gedrückte Stimmung. Gesichts- und Gehörshallucinationen. Starker Tremor. Pupillen reagieren träge. Herz und Leber ohne Befund. Urin frei. Diagnose: Delirium tremens. Ungeheilt entlassen.

Fall 47. B., Michael, Arbeiter, 52 Jahre. Aufnahme: 2. V. 98. Entlassung: 7. V. 98.

Starker Trinker. Befund: Herz und Leber in normalen Grenzen. Lunge links hinten oben Resistenzvermehrung und Katarrhverdacht. Arterien rigide Temporalis sehr geschlängelt. Urin frei. Diagnose: Chronischer Alkoholismus. Suspekte Lungenspitzen. Gebessert entlassen.

Fall 48. K., Heinrich, Arbeiter, 45 Jahre. Aufnahme 20. IV. 98. Entlassung: 11. V. 98.

Keine Angaben. Befund: Organe gesund. Ueber beiden Lungen rauhes Atmen und trockenes Rasseln. Urin frei. Diagnose: Bronchitis diffusa. Delirium tremens. Am 23. IV. plötzlich Verfolgungsideen. Tobsucht; starker Tremor der Hände. Der Anfall dauert zwei Tage. Geheilt entlassen.

Fall 49. L., Theodor, Friseur, 42 Jahre. Aufnahme: 24. I. 98. Entlassung: 22. II. 98.

Starker Schnapstrinker. Befund: Organe ohne Befund. Aufregungszustände, unmotivierte Heiterkeit. Starker tremor. Diagnose: Delirium tremens. Am 26. I. Delirien, Tobsucht. Hallucinationen. Vom 1. II. ab Schlaf, Mattigkeit. Urin frei. Geheilt entlassen.

Fall 50. L., Robert, Friseur. Aufgenommen: 31. I. 98. Entlassen: 27. II. 98.

Potator strenuus. Befund: Organe frei. Patient ist lustig, hat Gesichts- und Gehörshallucinationen. Wahnideen. Nach 5tägiger Dauer des Anfalls Schlaf, Mattigkeit. Aber auch später hat Patient noch zuweilen Hallucinationen. Urin frei. Während des Anfalls Albuminurie. Diagnose: Delirium cum tremore. Geheilt entlassen.

Fall 51. R., Lorenz, Brauereiverwalter, 48 Jahre. Aufnahme: 8. X. 98. Entlassung: 10. X. 98.

Führt sein Leiden auf den Genuss von Branntwein zurück. Befund: Druckgefühl im Magen. Viel Erbrechen, foetor alcoholicus. Starker Tremor. Patellarreflex erhöht. Beiderseits Veränderungen in den Lungen. Sonst kein Befund. Urin: Mässige Menge Eiweiss. Keine Cylinder. Kein Zucker. Diagnose: Dyspepsia alcoholica. Phthisis pulmonum. Entlassen.

Fall 52. S., August, Schuhmacher, 40 Jahre. Aufnahme: 24. II. 98. Entlassung: 7. III. 98.

Regelmässiger Schnapsgenuss zugestanden. Befund: Während einer linksseitigen Lungen- und Rippenfellentzündung tritt starker Tremor und Unruhe mit Hallucinationen auf. Urin frei. Diagnose: Pleuropneumonia sinistra. Alkoholismus. Geheilt entlassen.

Fall 53. D., Heinrich, Milchfahrer, 47 Jahre. Aufnahme: 2. IV. 99. Entlassung: 15. IV. 99.

Geständiger Potator. Bier und Schnaps. Befund: Im Anschluss an Sturz vom Wagen bricht nach einigen Tagen Delirium aus mit Tobsuchtsanfällen, Gehörs- und Gesichtshallucinationen, welches 4 Tage anhält. Urin frei. Diagnose: Delirium tremens. Kontusion der Schulter. Am 10. IV. abermals Unruhe, Hallucinationen, Verwirrtheit und Toben; darauf Mattigkeit und Schlaf. Entlassen.

Fall 54. D., Adolf, Maler, 36 Jahre. Aufnahme: 27. II. 99 Entlassen: 7. III. 99.

Abusus spirituosorum, Bier und Schnaps, seit 2 Jahren zugestanden. Befund: Herzgrösse normal. Leber vergrössert. Patient führt wirre Reden, ist unruhig, hat Verfolgungsideen und Gesichtshallucinationen. Anfall dauert 3 Tage. Urin im Anfall Eiweiss, nachher frei. Diagnose: Delirium tremens. Geheilt entlassen.

Fall 55. G., Jakob, Ziegeleiarbeiter, 53 Jahre. Aufnahme: 3. III. 99. Entlassung: 5. IV. 99.

Trinkt täglich ca. $^3/_4$ Liter Schnaps Befund: Während einer Pneumonie im rechten Oberlappen Auftreten von Delirium tremens. Patient ist unklar, redet verwirrt und unzusammenhängend. Starker Tremor. Herz und Leber in normalen Grenzen. Urin: im Anfall Eiweisstrübung; einzelne hyaline Cylinder, kein Zucker. Nach dem Anfall eiweissfrei. Diagnose: Pneumonia fibrinosa dextra. Potator. Geheilt entlassen.

Fall 56. M., Wilhelm, Arbeiter, 56 Jahre. Aufnahme: 17. VIII. 99. Entlassung: 21. VIII. 99.

Starker Trinker. Befund: Herz und Leber in normalen Grenzen. Töne dumpf, foetor alcoholicus. Tremor der Zunge und Hände. Urin frei. Appetit schlecht. Diagnose: Rheumatismus musculorum. Alkoholismus chronicus. Entlassen.

Fall 57. S., Johannes, Korbmacher, 43 Jahre. Aufnahme: 3. I. 99. Entlassung: 7. I. 99.

Befund: Starker Tremor. Gesicht mässig gerötet. Herz in normalen Grenzen. Töne rein, sehr dumpf. Leber etwas vergrössert. Zunge geschwollen, belegt, zittert beim Herausstrecken. Nervus radialis druckempfindlich. Gefässe atheromatös. Deutliches Romberg'sches Phänomen. Erhöhte Sehnenreflexe. Urin frei. Diagnose: Alkoholismus chronicus. Entlassen.

Fall 58. C., Caroline, Arbeitersfrau, 40 Jahre. Aufnahme: 26. V. 00. Entlassen: 24. VI. 00.

Patientin bekommt während der Behandlung an Typhus starken Tremor der Zunge und Hände und Säuferdelirien. Herz nach links verbreitert. Töne rein. Urin frei, während des Anfalls

Eiweisstrübung. Diagnose: Typhus abdominalis. Delirium tremens. Geheilt entlassen.

Fall 59. M., Wilhelmine, Aufsehersfrau, 39 J. Aufnahme: 14. XI. 00. Entlassung: 15. XI. 00.

Geständige Schnapstrinkerin. Seit dem letzten Wochenbett vor 10 Wochen leidet sie an Aufregungszuständen. Während des Wochenbetts keine Delirien. Befund: Organe normal. Starker Tremor der Zunge und Hände. Aufregungszustände. Urin frei. Diagnose: Delirium, Potatrix. Geheilt entlassen.

Fall 60. B., Nikolaus, Arbeiter, 42 Jahre. Aufnahme: 20. XII. 99. Entlassung: 2. I. 00.

Patient trinkt angeblich täglich ½ Liter Schnaps. Befund: Nachdem Patient einige Tage zur Beobachtung in der Klinik war, tritt Unruhe auf mit Gesichts- und Gehörshallucinationen und Verfolgungsideen. Dieser Zustand dauert 4 Tage. Darauf grosse Schlafsucht. Herz und Leber ohne Befund. Urin frei. Diagnose: Unfall. Delirium tremens. Affektion der Wirbelsäule und rechten Lungenspitze. Geheilt entlassen.

Fall 61. B., Heinrich, Maurer, 44 Jahre. Aufnahme: 13. III. 00. Entlassung: 22. III. 00.

Patient klagt über Appetitlosigkeit und morgendliches Erbrechen. Befund: Herz in normalen Grenzen. Töne dumpf, aber rein. Leber nicht vergrössert. Tremor. 2 Tage lang grosse Unruhe, Gesichtshallucinationen und Wahnvorstellungen. Dann Schlafsucht und Appetitzunahme. Pupillen reagieren. Patellarreflex erhalten. Urin frei. Diagnose: Delirium tremens. Geheilt entlassen.

Fall 62. E., Hermann, Lagerverwalter, 40 Jahre. Aufnahme: 10. II. 00. Entlassung: 19. II. 00.

Patient trinkt täglich 2 Liter Bier, keinen Schnaps. Cognac in mässigen Mengen. Befund: Organe normal. Patellarreflexe gesteigert. Zittern im verletzten Arm. Medianus beiderseits, Radialis und Ulnaris nur rechts druckempfindlich. Muskulatur rechts wie links gleich stark. Urin frei. Diagnose: Unfall. Zittern im rechten Arm nach Oberarmbruch. Potator. Entlassen.

Fall 63. E., Gustav, Lehrer, 39 Jahre. Aufnahme: 7. VII. 00. Entlassung: 11. VII. 00.

Patient trinkt angeblich nur wenig Bier. Befund: Organe gesund. Hyperästhesie. Leichte Reflexerregbarkeit. Starker Tremor der Hände und Zunge. Appetit schlecht. Schmerzen im linken Bein und im Rücken. Schlaf schlecht. Patient befindet sich in einem traumähnlichen Zustand. Foetor alcoholicus. Urin frei. Diagnose: Lumbago. Alkoholismus (chronicus?) Geheilt entlassen.

Fall 64. G., Ernst, Invalide, 62 Jahre. Aufnahme: 10. V. 00. Entlassung: 12. V. 00.

Geständiger Schnapstrinker. Befund: Cyanose des Gesichts. Arterien hart und geschlängelt. Hautikterus. Herz vergrössert. Herzaktion unregelmässig. Leber vergrössert, nicht höckrig. Magen reicht bis 2 Finger unterhalb des Nabels. Trockenes Rasseln über den Lungen. Atem fäkulent. Erbrechen. Stuhlverhaltung seit 8 Tagen. Linke Pupille weiter als die rechte. Urin: Eiweiss, verfettete Cylinder mit Leukocyten belegt. Gallenfarbstoffreaktion positiv. Diagnose: Bronchitis diffusa. Insufficientia myocardii. Dilatatio cordis. Hepar volumine auctum. Ikterus. Nephritis. Dilatatio ventriculi. Ileus? Alkoholismus chronicus. 11. V. Sehr vergnügt: muss isoliert werden. 12. V. Gegen Revers entlassen.

Fall 65. K., Fritz, Arbeiter, 40 Jahre. Aufnahme: 24. 4. 00. Entlassung: 3. V. 00.

Patient trinkt täglich für 30—40 Pfg. Schnaps. Befund: Foetor alcoholicus. Herz in normalen Grenzen. Töne dumpf, rein. Leber etwas vergrössert. Patellarreflex lebhaft. Linke Pupille weiter als die rechte. Reaction lebhaft. Kein Tremor der Hände. Kniegelenke auf Druck schmerzhaft. Rechter Ischiadicus druckempfindlich. Urin frei. Diagnose: Arthralgie der Kniee. Leichte Ischias. Alcoholismus chronicus. Geheilt entlassen.

Fall 66. K., Heinrich, Arbeiter, 48 Jahre. Aufnahme: 19. VII. 00.

Geständiger Schnapstrinker. Befund: Während der Behandlung in der Klinik am 21. VII. Delirien, Unruhe, Hallucinationen und Tobsucht. Grosse Verwirrtheit. Nach dem Anfall am 24. VII. grosse Hinfälligkeit. Herz in normalen Grenzen. Töne dumpf, aber rein. Arterien geschlängelt. Leber nicht vergrössert. Patellarreflex ist nicht auszulösen. Urin frei. Diagnose: Pleuritis sicca dextra. Bronchitis diffusa (putrida?) Phthisis pulmonum sine bacillis Delirium tremens. Entlassen.

Fall 67. W., Gottfried, Müller, 56 Jahre. Aufnahme: 1. II. 00. Entlassung: 19. II. 00.

Patient trinkt täglich angeblich $^3/_4$ Liter Schnaps. Befund: Mässiger Grad von Orthopnoe. Foetor alcoholicus. Herzthätigkeit arythmisch. Töne äusserst dumpf. Herzresistenz unten rechts 4—5 cm über den rechten Sternalrand, nach links 1 cm ausserhalb der Mamillarlinie. Leber nicht vergrössert. Urin frei. Diagnose: Delirium cordis. Myocarditis. Ektropion. Alcoholismus chronicus. Gebessert entlassen.

Fall 68. W., Friedrich, Totengräber, 67 Jahre. Aufnahme: 23. XI. 00. Entlassung: 28. XI. 00.

Gewohnheitsmässiger Schnapstrinker. Bereits im Jahre 95

Delirium tremens. Befund: Patient spricht unzusammenhängend, ist unklar, tobt, sodass er isoliert werden muss. Starker Tremor. Herz nach beiden Seiten vergrössert. Töne nicht ganz rein, dumpf. Ueber den Lungen Giemen. Blutunterlaufungen am rechten Auge und an der Stirn. Urin frei. Diagnose: Delirium tremens. Bronchitis. Entlassen.

Fall 69. M., Wilhelm, Spinnmeister, 39 Jahre. Aufnahme: 20. III. 00. Entlassung: 14. IV. 00.

Sehr starker Säufer. Befund: Im Anschluss an eine Influenza starker Tremor. Unruhe, Verwirrtheit und Hallucinationen. Pupillen reagieren. An den Organen nichts Abnormes. Anfall dauert 3 Tage. Urin im Anfall Eiweiss, 4½ ‰ Esbach, keine Cylinder, kein Eiter. Zucker. Diagnose: Delirium tremens. Albuminurie. Geheilt entlassen.

Fall 70. N., Albert, Bankvorsteher, 35 Jahre. Aufnahme: 29. V. 00. Entlassung: 1. VI. 00.

Seit 3 Jahren angeblich stark getrunken, Wein und Cognac, Bier weniger. Befund: Foetor alcoholicus. Cyanose des Gesichts. Herz in normalen Grenzen. Töne leise, rein. Leber nicht vergrössert. Tremor, Unruhe, später Mattigkeit. Urin frei. Diagnose: Alcoholismus chronicus. Geheilt entlassen.

Fall 71. P., Friedrich, Schuhmacher, 57 Jahre. Aufnahme: 21. V. 00. Entlassung: 25. V. 00.

Patient ist Potator und bekam, als er in der Augenklinik wegen Keratitis behandelt wurde, Delirium. Befund: Starker Tremor, etwas Hackengang, Verwirrtheit, Tobsucht, starke Delirien. Anfall 2 Tage. Organe gesund. Urin frei. Diagnose: Delirium tremens. Keratitis duplex. Geheilt entlassen.

Fall 72. P., Eduard, Knecht, 57 Jahre. Aufnahme: 3. V. 00. Entlassen: 21. V. 00.

Patient trinkt täglich ca. 3 Liter Bier und für 20 Pfg. Schnaps. Befund: Herz nach links 1 cm über die Mamillarlinie. Nach rechts 4 cm über den rechten Sternalrand. Töne dumpf, schlecht zu hören. Leber reicht nach oben bis zur VI. Rippe, nach unten überragt sie in der Mamillarlinie handbreit den Rippenbogen. Starke Unruhe, Tremor, Grössenideen. Urin im 3tägigen Anfall: reichlich Eiweiss, vereinzelte Cylinder. Leukocyten, Uebergangsepithelien, Blutkörperchen (?) Schleim. Nach dem Anfall frei von Eiweiss. Diagnose: Emphysema pulmonum. Bronchitis diffusa. Dilatatio cordis. Albuminurie. Alcoholismus chronicus. Gebessert entlassen.

Fall 73. W., Friedrich, Hausbursche, 20 Jahre. Aufnahme: 16. VII. 00. Entlassung: 18. VII. 00.

Kein Bericht. Befund: Um 5 Uhr völlig bewusstlos ein-

geliefert. Anaesthesie. Vor dem Munde etwas Schaum. Cyanose. Patellarreflex fehlt. Pupillen sehr eng, reagieren kaum. Aus der Harnblase mit Katheter 1½ Liter entleert. Puls arhythmisch. Atmung unregelmässig. Temperatur subnormal. Singultus. 7¾ h. Pupillen fast normal weit. Spontane Defäkation. 9½ h. Temperatur 37,6, Puls 140. Ab und zu noch Atmungshemmung. 10½ h. Atmung regelmässig. Spontane Defäkation. 2½ h. nachts Atmung regelmässig. Urin: Reaktion sauer. Geruch aromatisch. Morgens ist Patient wach und klar und kann sich auf nichts besinnen. Urin: Leichte Opaleszenz. Kein Zucker. Diagnose: Akute Alkoholvergiftung. Geheilt entlassen.

II. Bleivergiftungen.

Die bis zum 30. V. 97 behandelten 43 Fälle von Bleivergiftungen sind aufgeführt in der Dissertation von Emil Fischer, Göttingen 98: „Ueber die seit 1877 in der Göttinger mediz. Klinik behandelten Fälle von Bleivergiftung."

Seit dem sind bis zum 1. I. 01 hinzugekommen 7 Fälle von chronischer Bleivergiftung. Es sind 7 Personen, welche durch ihren Beruf gezwungen sind, mit Blei viel zu arbeiten und welche bis auf Fall 4 alle schon ein oder mehrere Male an Bleikoliken gelitten haben. Sie wurden alle 7 wesentlich gebessert, resp. ohne Beschwerden entlassen.

Fall 1. C., Otto, Maler, 26 Jahre. Aufnahme: 10. VIII. 00. Entlassung: 18. VIII. 00.

Patient hat schon im Jahre 99 an Bleikoliken gelitten. Seit 4 Wochen Leibschmerzen, Ohnmachtsanfälle, Stuhlverhaltung und Kopfschmerzen. Appetit und Schlaf sind gut. Befund: Schleimhäute blass. Macies mittleren Grades. Deutlicher Bleisaum. Herz und Leber in normalen Grenzen. Milz fühlbar, hart. Der Leib ist eingesunken, weich, im oberen Teil druckempfindlich. Patellarreflex erhöht. Pupillen gleich weit. Reaktion normal. Arteria radialis hart. Puls klein, beschleunigt. Zunge leicht grau belegt. Im Gebiet des n. radialis keine Paraesthesien und Paresen. Blutbefund: Hb. 60—65 %. Rote Blutkörper 2,600000. Weisse

Blutkörper in normaler Zahl. Urin frei. Diagnose: Colica saturnina. Bei ausgezeichnetem Befinden und mit Gewichtszunahme entlassen.

Fall 2. M., Wilhelm, Kupferschmied, 35 Jahre. Aufnahme: 29. VII. 99. Entlassung: 14. VIII. 99.

Patient hat seit 96 mit Blei gearbeitet. Er klagt über krampfartige Schmerzen im Leibe und hat schon zweimal in diesem Jahre derartige Anfälle gehabt. Befund: Mittelmässig genährt. Keine Oedeme. Herz in normalen Grenzen. Leber und Milz nicht fühlbar, nicht vergrössert. Leib normal weich; Nabel eingezogen. Leichte Pulsation im Epigastrium. Patellarreflex beiderseits erhöht. Andeutung von Fussklonus. Pupillen reagieren. Puls gut gefüllt, nicht gespannt. Kein Atherom. Appetit und Schlaf schlecht. Stuhl angehalten. Zahnfleisch zum Teil losgelöst. Zahnbein liegt frei. Starker Bleisaum. Diagnose: Colica saturnina. 6. VIII. Schnelles Nachlassen der Schmerzen. 7. VIII. Plötzlich ohne Ursache hohes Fieber und starke Pulsbeschleunigung, welches am folgenden Tage wieder verschwunden ist. 14. VIII. Bei Wohlbefinden entlassen.

Wiederaufnahme. Aufnahme: 13. IV. 00. Entlassung: 5. V. 00.

P. hat nach seiner Entlassung wieder viel mit Blei gearbeitet und kommt wieder wegen heftiger Leibschmerzen. Befund: Herzdämpfung klein. Töne laut und rein. Leib mittelhart, oben laut, unten gedämpft tympanitisch, nicht druckempfindlich. Patellarreflex beiderseits gesteigert. Pupillen eng, reagieren. Stuhl angehalten. Zunge weicht nach links ab, zittert stark. Deutlicher Bleisaum am Zahnfleisch. Puls voll, hart, regelmässig. Kraft der rechten Hand herabgesetzt. Galliges Erbrechen. Urin frei. Diagnose: Intoxicatio saturnina chronica recurrens. 22. IV. Schmerzen lassen schnell nach. Seit einigen Tagen Kribbeln in der rechten Hand. Strecken der Hand und der Finger geht rechts nicht so gut wie links. 5. V. Auf Wunsch gebessert entlassen.

Fall 3. G., Gottfried, Weissbinder, 33 Jahre. Aufnahme: 27. IX. 98. Entlassung: 12. IX. 98.

P. ist schon dreimal wegen Bleivergiftung in Behandlung gewesen. Seit 4 Wochen Verstopfung und Leibschmerzen. Befund: Blasser Mann. Muskulatur mässig. Linker Fuss mehr dorsalwärts gebeugt als der rechte. Linkes Fussgelenk verdickt, druckempfindlich. Bewegungen beschränkt. Sehnenreflex links deutlich, rechts fehlt er. Leib eingezogen, nicht druckempfindlich. Stuhl angehalten. Leber und Milz nicht vergrössert. Der 3. und 4. Finger der rechten Hand stehen in Beugestellung und können nicht völlig gestreckt werden. Schluss der Hand rechts wie links

gut. Extension im Handgelenk rechts etwas beeinträchtigt, links unbehindert. Streckung im Ellenbogen rechts sehr wenig möglich, links ebenfalls schwer. Wölbung der Schulter fehlt rechts. Haut fühlt sich am linken Oberarm wärmer an, als rechts. Am Thorax sind in dieser Art keine Unterschiede. Beim Heben bis zur Horizontalen ermüdet der rechte Arm leichter als der linke. Umfang: R. Oberarm 24 cm; Unterarm Mitte 21 cm; linker Oberarm 24 cm; Unterarm Mitte 22 cm. Sensibilität in den Armen erhalten. N. medianus rechts schmerzhaft auf Druck; Radialis und ulnaris beiderseits nicht. Herz nach beiden Seiten verbreitert. 1. Pulmonalton lauter als der 1. Aortenton. Schwarzer Saum am geschwollenen Zahnfleisch. Urin frei Diagnose: Intoxicatio saturnina. Extensorenparese. 8. X. Befinden gut. Streckung der Finger der rechten Hand und der Hand selbst bessert sich. P. wird gebessert entlassen. Er hat 6½ Pfund zugenommen.

Fall 4. R., Oswald, Maler, 20 Jahre. Aufnahme: 24. II. 99. Entlassung: 8. IV. 99.

P. hat seit einem halben Jahre in einer Bleiweissfabrik gearbeitet und klagt über Erbrechen und Leibschmerzen. Befund: Massiges grünes Erbrechen. Puls beschleunigt. Herz in normalen Grenzen. Mundschleimhaut auffallend blass. Nur an einigen Zähnen befindet sich 1 mm breiter Bleisaum. Leib nicht gespannt, nicht eingezogen, äusserst druckempfindlich. Appetit fehlt. Stuhl angehalten. Urin: Kein Eiweiss. Einige Cylinder. Diagnose: Colica saturnina. 1. III. Leibschmerzen haben nachgelassen. Appetit besser. P. hat jetzt ein Gefühl von Taubsein und Kribbeln im rechten Ellenbogen und rechten Unterarm. Dorsalflexion im rechten Handgelenk und Strecken der Finger ist nicht ganz so ausgiebig wie links. 17. III. Abnorme Gefühle in der rechten obern Extremität geschwunden. Funktion wieder besser. Hglb. 35%. Rote Blutkörper 2924 000. 8. IV. Bei Wohlbefinden entlassen. P. hat 5 Pfd. zugenommen.

Fall 5. G., Louis, Konditor, 30 J. Aufnahme: 14. VI. 98. Entlassung: 21. 21. VI. 98.

Seit 2 Jahren in Bleiweissfabriken thätig und bereits zweimal wegen Bleikolik in Behandlung. Seit 2 Tagen wieder Krämpfe, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Stuhlverstopfung. Befund: An den Zähnen bemerkt man einen blau-schwarzen Bleisaum. Ernährung mittelmässig. Patellarreflex erhöht. Bauchmuskulatur straff gespannt. Leib nicht aufgetrieben, nicht eingezogen, nicht druckempfindlich. Puls schnell, steil ansteigend, gespannt. Arterie eng. Urin frei. Diagnose: Colica saturnina. 21. VI. Seit einigen Tagen keine Koliken mehr. Entlassen.

Fall 6. M., Gottlieb, Schriftsetzer, 55 Jahre. Aufnahme 21. IV. 98. Entlassung: 20. VI. 98.

Linksseitige Kopfschmerzen. Stechende Schmerzen im linken Bein. Seit 14 Tagen Tremor der Hände. Bereits viermal wegen derartiger Anfälle in Behandlung. Befund: Mässig genährter Mann. Patellarreflex links erhöht, links Fussklonus, rechts kein solcher. Befund: Grobe Kraft in beiden Beinen gleich; auf beiden Seiten keine Sensibilitätsstörungen. Herz nach links in normalen Grenzen, nach rechts 3 cm über den rechten Sternalrand. Töne dumpf, aber rein. Leber überschreitet den Rippenbogen um 3 cm. Milz nicht vergrössert. Der Leib ist in den untern Partieen mässig druckempfindlich. Puls leicht unterdrückbar, Arterie geschlängelt und rigide. Es bestehen Schmerzen in der linken Kopfhälfte und im Gesicht. Druck auf die Austrittsstellen des Trigeminus, Ischiadicus und Cruralis linkerseits schmerzhaft. Linkes Ellenbogengelenk ebenfalls empfindlich. Starker Tremor beider Hände. Zeitweise besteht Nystagmus. Appetit gut. Stuhl angehalten. Zunge, mässig belegt, zeigt fasciculäre Zuckungen. Urin frei. Diagnose: Intoxicatio saturnina. Neuritis. 7. V. Schmerzen bei Druck auf die Nerven haben nachgelassen. Trigeminus druckfrei bis auf den N. infraorbitalis sinister. Stuhl regelmässig. Appetit gut. 20. VI. gebessert entlassen.

Fall 7. S., Paul, Maler, 36 Jahre. Aufnahme: 24. II. 00. Entlassung: 3. III. 00.

P. klagt über Kolikanfälle, die in beide Beine ausstrahlen. Beide Kniegelenke und Ellenbogengelenke sind schmerzhaft. Vor 2 Jahren war P. bereits in der Klinik zu Jena in Behandlung wegen Bleivergiftung. Befund: Kaum mittelmässig genährter Mann. Gesichtsfarbe gesund. Organe ohne Befund. Leib etwas aufgetrieben, überall tympanitischer Schall. Patellarreflex beiderseits gesteigert. Am Zahnfleisch ist ein deutlicher Bleisaum sichtbar. Arteria radialis eng. Metatarsophalangealgelenk rechts sehr druckempfindlich. Umfang des rechten Kniegelenks 34 cm, des linken 32½ cm. Beide Gelenke sind an der Innenseite geschwollen, nicht gerötet. Schmerzhaft ist auf Druck das rechte Bein von der Mitte des Oberschenkels ab bis oberhalb des Fussgelenks und das linke Bein von der Mitte des Oberschenkels bis zur tuberositas tibialis. Das Ellenbogengelenk ist linkerseits schmerzhaft. Urin frei. Diagnose: Intoxicatio saturnina chronica. Arthralgieen. Colica. 3. III. Beine bedeutend gebessert. Keine Leibschmerzen. Auf Wunsch entlassen.

III. Arsenvergiftung.

Zur Beobachtung gelangten 2 Fälle, in denen Acidum arsenicosum in selbstmörderischer Absicht eingenommen war, und welche beide zur Sektion kamen. Ein klinischer Befund des ersten Falles war leider nicht vorhanden.

Fall 1. H., Adolf, Kaufmann, 16 Jahre. Aufnahme: 7. III. 75. Gestorben: 10. III. 75.

Diagnose: Intoxicatio arsenicalis.

Sektionsbericht. Leiche eines gut genährten Mannes. Totenstarre. Viele Totenflecke. Bauch aufgetrieben. Arme, Schultern, Abduktionsseite der Oberschenkel livide gefärbt. Brusthöhle: Im Herzbeutel geringe Menge seröser Flüssigkeit. Rechte Lunge nicht adhaerent, linksseitige Adhäsionen. Lunge stark hyperämisch. Fauces stark gerötet. Epiglottis etwas gerötet und geschwollen. Fauces und Oesophagus epithellos. Glandula thyreoidea gross. Im Larynx schmutziger Schleim. Trachea etwas gerötet. Rechte Lunge etwas weniger hyperämisch als die linke. Einzelne Stellen der rechten Lunge etwas emphysematös. Bronchien frei. Herz: Endokard nicht imbibiert. Im rechten Atrium lockere Faserstoffgerinnsel, ebenso im linken. Herzmuskulatur scheint verfettet zu sein. Endokard des linken Ventrikels schwach imbibiert. Bauchhöhle: Därme stark ausgedehnt. Peritoneum livide gefärbt. Leber livide. Gallenblase leer. Drüsen im Hilus nicht vergrössert. Leber dick, Ränder scharf. Am Magen an der vordern Pylorus-wand ist schon von aussen ein thalergrosser livider Fleck zu erkennen. Wenig Inhalt. Ausserdem finden sich noch zwei dunkle verdickte Stellen. Duodenum normal. Milz klein. Mesenterialdrüsen gross, sonst normal. Niere klein, flach. Kapsel leicht abziehbar. Rechte Niere etwas vergrössert, sonst wie links. Dünndarmschleimhaut emphysematisch, einige hyperämische Stellen, welche gegen das Ende des Dünndarms zunehmen. Keine Arrosionen. Drüsen etwas geschwollen. Im Coecum befinden sich mehrere schwärzliche Stellen, einige ecchymosierte Stellen unter der Schleimhaut. Schädelhöhle blutreich, sonst alles normal. Die Untersuchung eines kleinen Stückchens Leber, 32 g, hat im Marshschen Apparat deutlich einen Gehalt an Arsenik, wenn auch nur wenig, erkennen lassen. Diagnose: Verfettung der Leber, der Niere und des Herzens. Arsenvergiftung.

Fall 2. K., Emil, Kaufmann, 28 Jahre. Aufnahme: 30. V. 84. Gestorben: 3. VI. 84.

Seit dem 23. V. unwohl mit Magenschmerzen. Am 28. V.

gestand er, dass er Arsen genommen hatte. Er hatte Rattengift vom Apotheker bezogen mit Gehalt von 25 g arseniger Säure. Wieviel er genommen, liess sich nicht feststellen. Befund: Am 28. V. noch klares Sensorium, am 29. V. Aufregungsstadium. Blutiger Stuhlgang. Nasenbluten und Blutbrechen. Keine Muskelkraft. Zunge braun belegt, geschwollen. Herz und Lungen ohne Befund. Bauch aufgetrieben, nicht druckempfindlich. Urin und blutiger Stuhlgang unwillkürlich; Puls 108. Urin: eiweisshaltig. Bruchstücke von körnigen Cylindern. Diagnose: Arsenikvergiftung. 1. VI. Keine Ausleerungen und Erbrechen. Blasende Geräusche am Herzen. 2. VI. Puls klein, 120. Fieberhafte Röte. Herz nach links verbreitert, keine Geräusche. 12 Uhr nachts Exitus letalis. Therapie; Antidot. Arsenic. Wein, Selters, Eis.

Sektionsbericht. Leiche eines gut genährten Mannes. Bauch ist aufgetrieben, Bauchdecken straff gespannt. Die Kiefermuskulatur befindet sich in Totenstarre, die übrigen Skelettmuskeln ebenfalls, wenn auch nicht so stark. An den Lippen, besonders an den Mundwinkeln sieht man mit trockenen Schorfen bedeckte, tiefgehende Geschwüre mit nässendem Grunde; ebensolche Geschwüre, aber ohne Schorfe, finden sich an der Wangenschleimhaut und an den Seitenwänden der Zunge. Rechts ist der Substanzverlust der Zunge besonders gross, indem das Geschwür einen Durchmesser von 1,5 cm besitzt und die Kuppe des Zeigefingers aufnehmen kann. Zu beiden Seiten der Uvula findet man an der vorderen Fläche des weichen Gaumens noch zwei ganz flache, aber flächenhaft weit sich ausbreitende Geschwüre. Die Tonsillen sind ebenfalls nur oberflächig geschwürig. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle erweisen sich die vorliegenden Darmschlingen und zwar sowohl einige Dünndarmschlingen, wie auch besonders das Colon transversum und der Magen stark durch Gas aufgetrieben und von Netz unbedeckt. Peritonitische Erscheinungen sind aber auch an den tieferliegenden, nicht geblähten Schlingen nicht zu finden. An freier Flüssigkeit sind in der Bauchhöhle etwa 100 ccm enthalten. Dieselbe ist hellgelb, klar und etwas klebrig. Das Zwerchfell steht rechts an der V. Rippe, links im IV. Interkostalraum. Der Herzbeutel wird von den Lungenrändern bedeckt. Im Herzbeutel ist keine Vermehrung der freien Flüssigkeit und auch keine pathologische Veränderung. Das Herz hat normale Grösse und Lage. Die Ventrikel enthalten beide Speckhautgerinnsel, die Vorhöfe flüssiges Blut in geringer Menge. Der Klappenapparat ist beiderseits intakt, ebenso die Intima der grossen Gefässe. Im rechten Vorhof finden sich an einem Papillarmuskel einige wenige, kaum bemerkbare gelbliche Streifen und Fleckchen. Während der Muskel des rechten Ventrikels sonst keine pathologischen Ver-

änderungen erkennen lässt, zeigt das Myokard links sehr deutlich parenchymatöse Trübung, Quellung und Verwaschung der Konturen. Dieselbe Veränderung, zugleich mit Verfettung findet sich in den Nieren und der Leber, während die Milz höchstens etwas blutreicher ist. Nach der Herausnahme der Halsorgane im Zusammenhang mit dem Magen und dem Anfangsteil des Darmes zeigt sich, dass auch im Kehlkopf, besonders an den Aryknorpeln sinuöse Geschwüre sich finden, doch konnten in den abgeschabten Massen Krystalle nicht mit Sicherheit mikroskopisch festgestellt werden. Die Schleimhaut der Trachea ist etwas gerötet, mehr noch die Schleimhaut in den Bronchien, in deren kleineren Aesten eitriges Sputum sich findet. Die linke Lunge ist nur in den untersten Abschnitten etwas oedematös, hypostatisch; die rechte, durch alte fibröse Verwachsungen fest der Pleura costalis adhärent, zeigt in grösserer Ausdehnung Oedem und Hypostase. Der Oesophagus zeigt garnichts von pathologischer Veränderung, während der Magen, besonders, fast ausschliesslich in der unmittelbaren Nachbarschaft der kleinen Curvatur mehrere sinuöse Geschwüre und noch mehr kleine Blutungen in der Schleimhaut darbietet. Eins der Geschwüre ist dadurch auffallend, dass sich an einen grössern Defekt ein langer strichförmiger, etwas gewundener anschliesst, wie ein Ausläufer oder Schwanz des Hauptgeschwürs. Auch hier konnten Krystalle mikroskopisch nicht sicher eruiert werden. Im Anfangsteil des Duodenums findet sich noch ein sinuöses Geschwür, sonst ist der ganze Dick- und Dünndarm frei davon. Die Schleimhaut des Darms ist nur etwas ödematös, sonst nicht pathologisch verändert, nicht einmal gerötet. Der ganze Darm und auch der Magen ist angefüllt, soweit die oben beschriebene Gasmasse es zulässt, mit dünnflüssiger, fast schwarzer Masse, als wenn sie etwa durch Schwefeleisen gefärbt wäre. Das Gehirn ist oedematös, zeigt sonst keine Veränderung. Diagnose: Beginnende Verfettung des linken Ventrikels. Parenchymatöse Entzündung des linken Herzens, der Nieren und der Leber. Sinuöse Geschwüre an der Lippe, Zunge, dem Gaumen, im Magen und im Duodenum. Oedem der Dura und des Gehirns. Eitrige Bronchiolitis. Arsenikvergiftung.

Der 2. Fall von Arsenikvergiftung, über den ein klinischer Bericht vorliegt, verlief, wie das für Arsenvergiftungen charakteristisch, unter dem Bilde eines heftigen Brechdurchfalls, resp. Choleraanfalls. Differential diagnostisch sei bemerkt, dass Arsenvergiftung keine Heiserkeit erzeugt, wie Cholera, keine derart rasche Gesichtsveränderung. Auch fallen die für Cholera typischen Wadenkrämpfe fort. Gesichert wird die Diagnose durch den Nachweis des Arsens in dem Erbrochenen oder in den Stühlen.

IV. Phosphorvergiftung.

Es wurden 3 Phosphorvergiftungen beobachtet, welche alle geheilt zur Entlassung kamen. Fall 1 betrifft ein Kind, welches 10—12 Streichhölzer abgekaut haben soll. Fall 2 und 3 betreffen 2 Dienstmädchen, welche in selbstmörderischer Absicht einen Aufguss von Streichhölzern zu sich nahmen.

Fall 1. F., Emil, Kind, 1½ Jahr. Aufnahme: 23. I. 80. Entlassung: 27. I. 80.

P. soll 10—12 Streichhölzer abgekaut haben. Befund: Die Leber ist nicht vergrössert, nicht schmerzhaft. Kein Skleralikterus. Nach 0,001 Apomorphin Erbrechen sauer riechender Massen, die im Dunkeln nicht leuchten, doch beim Destillieren phosphoreszieren. Urin frei. Diagnose: Akute Phosphorvergiftung. Geheilt entlassen.

Fall 2. L., Christine, Dienstmädchen, 29 Jahre. Aufnahme: 26. I. 79. Entlassung: 17. II. 79.

P. übergoss abends eine Schachtel mit Streichhölzern mit kaltem Wasser und trank dies Wasser am andern Morgen. Am Abend dieses Tages Erbrechen, Kopfschmerz, Mattigkeit und Schmerzen im Epigastrium. Befund: Puls nicht voll, 108. Resp. 28. Skleral- und Hautikterus, klares Sensorium, Appetitlosigkeit. Leber stark vergrössert. Kreuzschmerzen. Stuhl grau. Urin spärlich. Kein Eiweiss. Gallenfarbstoffreaktion positiv. Diagnose: Intoxicatio phosphorica voluntaria. 29. I. Leber noch mehr vergrössert. Ikterus stärker. 4. II. Ikterus lässt nach. Wohlbefinden. 17. II. Geheilt entlassen.

Fall 3. D., Luise, Dienstmädchen, 19 Jahre. Aufnahme: 8. VIII. 86. Entlassung: 17. VIII. 86.

P. hat am 7. VIII. Phosphor genommen. Kopfschmerz, Mattigkeit, Erbrechen. Befund: Magen und Leber druckempfindlich. Lungen-Lebergrenze am obern Rand der VII. Rippe. Nach unten überragt die Leber etwas den Rippenbogen. Urin: Eiweiss, hyaline Cylinder, Epithelien. Diagnose: Phosphorvergiftung. Geheilt entlassen.

V. Karbolsäurevergiftung.

Von Karbolvergiftung kamen 3 Fälle zur Beobachtung, von denen der erste, in dem Karbolsäure getrunken war, zur Sektion kam. In diesem Falle hatte man die Lokalwirkung des Karbols, die Aetzwirkung vor sich, ebenso in dem zweiten Fall, in dem Karbol äusserlich angewendet wurde in der Form eines Ekzems. In dem dritten Fall trat eine akute Gastritis mit Albuminurie auf, es handelte sich also um eine Resorptionswirkung. Die beiden letztgenannten Fälle wurden geheilt entlassen.

Fall 1. L., Arbeiter, 39 Jahre. Aufnahme: 17. IX. 75. Gestorben: 18. IX. 75.

Derselbe soll ca. einen Esslöffel ungereinigter Karbolsäure getrunken haben. Er lief nach dem Genuss sofort zum Brunnen, fiel bewusstlos hin. Am andern Morgen stand Schaum vor dem Munde, der nach Karbol roch. Er schluckte Milch und Wasser, lag sonst still. Diagnose: Akute Karbolsäurevergiftung. 18. IX. Exitus letalis.

Sektionsbericht. Ausgedehnte Senkungsflecke, vollkommene Leichenstarre, kein Fäulnisgeruch trotz der hohen Lufttemperatur. Kräftiger Mann mit reichlichem Panniculus adiposus. Körpermuskulatur trocken. Blut in den grossen Halsgefässen dickflüssig, dunkel, ohne Gerinnsel. Im rechten Herzen spärliche speckhäutige Gerinnsel, daneben schwarzes, dickflüssiges Blut. Herz gut kontrahiert, derb, Muskulatur sehr dunkel. Lungen ziemlich voluminös, im Unterlappen blutreich. Schleimhaut der Bronchien mässig injiciert. Die Papillae vallatae der Zunge geschwellt. Schleimhaut am Introitus laryngis stark injiciert. Uvula stärker gerötet als normal. An den Tonsillen einige käsige Partieen. Das Epithel des Pharynx ist an der hintern Wand maceriert. Der obere Teil des Oesophagus bietet nichts Pathologisches, auch die Mitte bietet ausser einer mässigen Injektion nichts Abnormes. Der Magen ist stark ausgedehnt. Er enthält eine schmutzig gelbe, dünnflüssige, stark nach Karbolsäure riechende Masse. Magenschleimhaut mässig gefaltet, gelb grau verfärbt und ist im Fundus, besonders im hintern Teil desselben in 5-Markstückgrösse mit einem grauweissen, 1 mm dickem Schorfe bedeckt, welcher sich von der Unterlage leicht ablösen lässt. Das Gewebe unter dem Schorf ist glatt, stark gerötet. Ausserdem finden sich noch in der Umgebung dieser verschorften Partie, aber auch am Pylorus

punktförmige Ekchymosen, sonst ist die Schleimhaut wenig vaskularisiert. In der Regio pylorica findet sich noch eine Reihe schmaler Schorfe, welche meist eine langgestreckte Form haben. Die Serosa des Magens ist getrübt, stellenweise stärker injiciert. Besonders stark ist die Injektion der Magenserosa entsprechend der zuerst geschilderten grossen verschorften Partie in der Fundusgegend. Hier erscheint die Muskularis wie gegerbt. Die untere Fläche der Leber ist schwärzlich gefärbt, die konvexe Fläche gelbrötlich, auch der untere Teil des rechten Lappens ist schwarz gefärbt. Die Leber zeigt normale Grösse, etwas verwischte trübe Zeichnung und eine Reihe gelblicher Läppchen. Blutgehalt normal. Feine Schnitte der Leber mit Jod behandelt, färben sich nicht braun. Galle sehr reichlich, dünnflüssig, grünlich. Linke Niere ziemlich gross. Nierenkapsel leicht abziehbar. Die Schnittfläche ist dunkel, Cortex geschwellt, Zeichnung deutlich. Die Glomeruli erscheinen deutlich als rote Punkte. Pyramiden an der Basis etwas aufgelockert und dunkler als die Cortex. Die Harnkanäle zeigen keine Verfettung der Epithelien. Nierenbeckenschleimhaut etwas stärker injiciert als normal. Milz weich, etwas gross. Kapsel verdickt. Parenchym blass, bräunlich, Bindegewebsgerüst deutlich. Follikelapparat deutlich. In der Blase ziemlich reichlicher, schmutzig bräunlicher Urin. Blasenschleimhaut blass. Schädeldach länglich. Aus den Knochenemissarien kommt ziemlich viel dunkles Blut. Im Sinus longitudinalis reichlich dunkles Blut und ein kleines weiches Gerinnsel. Dura trübe, verdickt, ziemlich reichliche Pacchionische Granulationen. Grosse Gefässe mässig gefüllt, kleine Gefässe etwas stärker als normal. An der Schädelbasis findet sich etwa ein Esslöffel voll blutiger Flüssigkeit. Pia milchig getrübt, stellenweise verdickt. Die Pia ist nicht ohne Substanzverlust von der Hirnoberfläche abziehbar. Hirnsubstanz feucht, weich, von normalem Blutgehalt. — Der Urin riecht stark nach Karbolsäure, enthält Eiweiss und dunkelt beim Stehenlassen nach.

Fall 2. F., Ernst, cand. med. 23 Jahre. Aufnahme: 13. I. 85. Entlassung: 26. I. 85.

P. hatte 8 Tage vor Weihnachten einen Furunkel am rechten Arm, der mit einem Karbolverband behandelt wurde, worauf an der Stelle Blasen entstanden. Der Verband wurde entfernt, worauf die Blasen zurückgingen. Doch blieb am rechten Ellenbogen eine rote Stelle. Am 6. Januar gingen von der Stelle wieder neue Blasen aus. Ebenso war die Hand und der Vorderarm geschwollen und gerötet. Befund: Ekzema bullosum et impetiginosum. Schwellung und Rötung der Lymphgefässe und der Drüsen in der Achselhöhle. Urin frei. Diagnose: Karbolekzem. 16. I. Schüttel-

frost. Stärkere Schwellung der Hand. Appetitlosigkeit und Erbrechen. 26. I. Geheilt entlassen.

Fall 3. W., Elise, Maschinenbauersfrau, 61 Jahre. Aufnahme: 18. I. 87. Entlassung: 2. II. 87.

P. wurde am 17. XII. am Knie operiert und mit Karbolverbänden behandelt. Seitdem bricht sie täglich und hat keinen Appetit. Befund: Appetitlosigkeit und heftiges Durstgefühl. Im Urin: Eiweiss, Aceton, Acetessigsäure. Farbe dunkelgrün, die an der Luft intensiver wird. Phenolnachweis positiv. Diagnose: Gastritis acuta. Karbolintoxication. 26. I. Phenolnachweis noch positiv, trotzdem seit dem 24. I. kein Phenol mehr angewandt wurde. 27. I. Kein Phenol mehr im Urin. Kein Aceton.

VI. Formalinvergiftung.

Zur Beobachtung kam 1 Fall:

R., Emmi, Friseurskind, 3½ Jahre. Aufnahme: 11. IX. 00. Entlassung: 12. IX. 00.

Das Kind hat ca. einen Eierbecher voll 6—8fach verdünnter Formaldehydlösung getrunken. Wieviel das Kind davon heruntergeschluckt hat, ist nicht zu ermitteln. Befund: Am harten Gaumen sieht man einige weissliche Verfärbungen der Schleimhaut. Uvula, weicher Gaumen und hintere Pharynxwand sind gerötet und geschwollen. Es besteht heftiges Erbrechen. Das Herz ist nach rechts verbreitert. Lautes systolisches Geräusch an der Spitze. Verstärkter 2. Pulmonalton. Urin frei. Diagnose: Formalinvergiftung. Endokarditis mitralis. Geheilt entlassen.

Formalin, dessen Dämpfe schon stark reizend auf die Schleimhäute einwirken, ruft, wenn es z. B. beim Trinken mit der Schleimhaut des Mundes in Berührung kommt, eine starke Rötung und Schwellung der Schleimhaut mit Abstossung des Epithels hervor. Durch Reizung der Magenschleimhaut kann es auch zu heftigem Erbrechen kommen.

VII. Benzinvergiftung.

Von den zur Behandlung gekommenen Benzinvergiftungen war die eine hervorgerufen durch Einführung des Benzins per os, die andere durch Einatmen von Benzindämpfen. Vergiftungen mit Benzin pflegen ziemlich harmlos zu verlaufen, indem die eintretenden Erscheinungen der energischen Anwendung eines Brechmittels bald weichen. Sie ähneln sehr den Petrolvergiftungen und wirken wie diese nicht nur heftig lokal reizend auf den Magen, sondern haben auch narkotische Wirkung. Bei männlichen Arbeitern in Benzinfabriken wurde Impotenz beobachtet. Beide Fälle welche hier vorkamen, wurden geheilt entlassen.

Fall 1. L., Emma, Kind, 2 Jahre. Aufnahme: 16. IX. 78. Entlassung: 17. IX. 78.

Soll nach Aussage der Mutter ca. einen Esslöffel voll Benzin getrunken haben. Befund: Nach dem Genuss von Benzin etwa 10 Minuten Müdigkeit, soll sehr erschöpft gewesen sein. Erbrechen. Keine wesentlichen Collapserscheinungen. Beim Aufstossen Benzingeruch aus dem Munde. Leib nicht druckempfindlich. Puls kräftig. Diagnose: Benzinintoxication. Geheilt entlassen.

Fall 2. B., Marie, Kindermädchen, 16 Jahre. Aufnahme: 21. IV. 96. Entlassung: 30. IV. 96.

P. ist nachmittags beim Aufwischen von Benzin plötzlich umgefallen, nachdem sie kurz vorher Kopfweh und Schwindel gefühlt, und hat das Bewusstsein verloren. Befund: P. ist apathisch. Pupillen reagieren träge. Reflexe überall herabgesetzt. Tremor in den Extremitäten. Puls regelmässig, klein, 104. Respiration oberflächlich, 28. Urin frei. Diagnose: Akute Benzinvergiftung. Am folgenden Tage sind die Erscheinungen geschwunden. Es besteht noch Kopfschmerz, Angstgefühl und Druck in der Magengegend mit krampfartigen Schmerzen dort. 30. IV. Geheilt entlassen.

VIII. Chronischer Chloroformmissbrauch.

Es liegt 1 Fall von chronischem Chloroformmissbrauch vor.

B., Heinrich, stud. chem., 21 Jahre. Aufnahme: 13. V. 87. Entlassung: 20. V. 87.

P. hat sich seit mehreren Jahren abends narkotisiert, indem er sich abends ein mit Chloroform getränktes Taschentuch vor die Nase legte, angeblich, um sich das Onanieren abzugewöhnen. Befund: Organe normal. Abnahme des Gedächtnisses. Schlaf leidlich gut. Urin frei. Diagnose: Chronischer Chloroformmissbrauch. Als ihm das Chloroform entzogen wird, zeigt Patient keine Abstinenzerscheinungen. Geheilt entlassen.

Zu diesem Fall ist zu bemerken, dass seit der allgemeinen Einführung des Chloroforms Vergiftungen nicht nur durch Unglücksfälle bei Narkosen, sondern auch durch den absichtlichen Missbrauch dieser Substanz behufs Rauscherzeugung vorgekommen sind.

IX. Vergiftung mit Chloralhydrat.

Von Vergiftungen mit Chloralhydrat wurden 2 beobachtet und zwar eine akute bei einem Selbstmordversuch und eine chronische. Beide Kranken wurden geheilt entlassen.

Fall 1. P., Maria, Chemikerfrau, 30 Jahre. Aufnahme: 7. VIII. 95. Entlassung: 11. VIII. 95.

P. nahm Chloralhydrat zu sich. Wieviel, ist nicht zu ermitteln. Befund: Bewusstlosigkeit. Atmung oberflächlich, oft aussetzend, sodass künstliche Atmung gemacht werden musste. Pupillen bald ad maximum erweitert, bald ad minimum verengt. Cornealreflex erloschen. Völlige Anaesthesie und Analgesie am ganzen Körper. Muskulatur im Zustand der schlaffen Lähmung. Puls unregelmässig, klein. Urin: Eiweiss. Reichlich hyaline Cylinder teils ohne, teils mit Fett. Oxalsaurer Kalk. Freie Harnsäure. Chloralhydrat wurde als Urochloralsäure nachgewiesen. Dieselbe reduzierte Kupferoxyd in alkalischer Lösung graubraun, drehte die Ebene des polarisierten Lichtes um 2,2° nach links.

Diagnose: Chloralhydratvergiftung. Conamen suicidii. Der oben erwähnte Zustand dauerte 15—20 Stunden, worauf Puls und Atmung ruhig wurden. P. schlief bis zum 9. VIII. Geheilt entlassen.

Fall 2. R., Gerhard, Dr. med., 44 Jahre. Aufnahme: 19. V. 1890. Entlassung: 13. VII. 90,

P. nimmt seit Februar 88 wegen Schlaflosigkeit Chloralhydrat, anfangs 3,0, jetzt 7,5 p. die. Morphiumgebrauch geleugnet. Befund: Plötzlich auftretende Schmerzen in den Füssen. Partellarreflex erhalten. Keine Parästhesien. Sehr deprimierte, weinerliche Gemütsstimmung. Pupillen reagieren. Organe ohne Befund. Leib druckempfindlich, besonders in der Ileocoecalgegend. Appetit schlecht. Urin frei. Diagnose: Magen-Darmkatarrh nach übermässigem Chloralgebrauch. Perityphlitis. Geheilt entlassen.

Die Wirkung des Chlorals ist fast dieselbe, wie die Chloroformwirkung, jedoch mit dem Unterschiede, dass Chloralhydrat vom Magen aus aufgenommen und nicht, wie das Chloroform durch die Lungen, sondern durch die Nieren ausgeschieden wird und infolgedessen andauernder wirkt. Der Tod kann durch Lähmung der Atmung, wie des Herzens und der Vasomotoren eintreten. Der chronische Missbrauch kann zur sogenannten Chloralsucht mit physischen Störungen führen, die ev. eine Anstaltsbehandlung erforderlich machen.

X. Jodoformvergiftung.

In einem Falle von Jodoformvergiftung, wo durch einen Jodoformverband auf einer Handwunde, ein Ekzem der Hände und des Gesichtes hervorgerufen wurde, handelt es sich wohl um eine Lokalwirkung.

W., Karl, Glasmacher, 26 Jahre. Aufnahme: 18. IX. 00. Entlassung: 19. IX. 00.

P. hatte auf einer Wunde an der Hand einen Jodoformverband. Befund: Exanthem an beiden Händen, sowohl grössere und kleinere Bläschen, als auch trockene Schuppenbildung. Im Gesicht, an der obern Halshälfte, sowie an Nase und Ohren punkt-

förmige Erhabenheiten. Urin frei. Diagnose: Ekzem der Hände und des Gesichts nach Jodoformgebrauch. Gebessert entlassen.

XI. Jodvergiftung.

In beiden Fällen, welche behandelt wurden, handelte es sich um versehentliches Trinken von Jodtinktur. Beide wurden geheilt entlassen.

Fall 1. R., Hermann, Kutscherskind, 2¼ Jahr. Aufnahme: 10. II. 99. Entlassung: 11, II. 99.

Das Kind hat vor einigen Stunden einige ccm Jodtinktur getrunken. Befund: Pharynx hochrot. Zunge rosarot. Magen nicht druckempfindlich. Leib etwas aufgetrieben. An der Haut des Hypochondriums punktförmige Hämorrhagieen ebenso einige am Rücken. Urin frei von Eiweiss. An beiden Tagen wurde Jod nachgewiesen. Diagnose: Jodvergiftung. Geheilt entlassen.

Fall 2. J., Friedrich, Rentier, 51 Jahre. Aufnahme: 22. V. 1900. Entlassung: 22. V. 00.

P. hat versehentlich einen Theelöffel voll Jodtinktur eingenommen. Befund: Brennende Schmerzen im Halse. Urin: frei von Eiweiss. In abnehmender Menge wird Jod nachgewiesen. In den Abendportionen ist kein Jod mehr. Diagnose: Jodvergiftung. Geheilt entlassen.

XII. Sublimat- und Quecksilbervergiftung.

Es wurden behandelt 2 leichte Fälle von Sublimatvergiftung, sowie ein Fall von Quecksilberintoxication, in dem im Verlauf einer Schmierkur, nachdem 170 g Unguentum cinereum geschmiert waren, Zeichen der Quecksilberwirkung sich einstellten. Sämtliche wurden geheilt entlassen.

Fall 1. B., Emmy, Schauspielerin, 24 Jahre. Aufnahme: 15. V. 91. Entlassen: 21. V. 91.

P. hat in selbstmörderischer Absicht eine Sublimatpastille zu 1,0 genommen, worauf sofort Erbrechen erfolgt sein soll. Befund: Heftige Schmerzen in der Magengegend. Der Leib ist weich, schmerzlos. Zunge leicht grau belegt. Organe gesund. Leichte Uebelkeit. Urin frei. Diagnose: Sublimatvergiftung. Geheilt entlassen.

Fall 2. B., Bertha, Pensionärin, 19 Jahre. Aufnahme: 14. XI. 99. Entlassung: 15. XI. 99.

P. hat versehentlich statt mit Kalium permanganicum mit Sublimat gegurgelt. Befund: Reichliches Erbrechen. Mässige Magenschmerzen. Mundschleimhaut kaum verfärbt. Urin frei. Diagnose: Sublimatvergiftung. Geheilt entlassen.

Fall 3. S., Karl, Arbeiter, 47 Jahre. Aufnahme: 24. I. 99. Entlassung: 8. 4. 99.

P. ist wegen Tabes dorsalis auf syphilitischer Basis in Behandlung und reibt täglich 4,0 Unguentum cinereum ein. Nach Gebrauch von 176,0 gr. Auftreten von Vergiftungserscheinungen. Befund: Stomatitis leichten Grades. Häufige Durchfälle. Beträchtliche Gewichtsabnahme. Appetitlosigkeit. Schlechtes Aussehen. Urin: Eiweissopaleszenz. Zahlreiche hyaline, zum Teil verfettete Cylinder. Diagnose: Quecksilberintoxication. Schmierkur sofort ausgesetzt. Am 6. IV. Intoxication geheilt.

XIII. Kohlenoxydvergiftung.

Zur Beobachtung kamen 8 Fälle. Fall 1, 2 und 3 wurden hervorgerufen durch Ausdunstungen glimmender Kohlen, während die übrigen 5 Fälle durch ausströmendes Gas hervorgerufen wurden. Bei Fall 4 entwickelte sich nach Leuchtgasvergiftung eine multiple Sklerose. Der betreffende Patient war dreimal in der Klinik vom 25. II. bis 7. IV. 89 zum ersten Male, vom 4. III. bis 9. III. 92 zum zweiten Male. Der Fall ist von Dr. Becker in der Deutsch. mediz. Wochenschrift 1889 Nr. 26—28 und 1893 Nr. 24 veröffentlicht. Zum dritten Male wurde er aufgenommen 28. XI. 00 bis 3. XII. 00. Die andern 7 Fälle wurden sämtlich geheilt entlassen.

Fall 1. L., Emil, Gymnasiast, 16½ Jahre. Aufnahme 30. IV. 1884. Entlassung: 4. VI. 84.

P. wurde morgens bewusstlos im Bette aufgefunden. Auf einem Kohlenbecken, das sich im Zimmer befand, lagen ausgeglühte Kohlen. Im Zimmer selbst starker Gasgeruch. Befund: Puls beschleunigt. Atmung aussetzend. Pupillen weit, reagieren. Fasciculäre Zuckungen im Gesicht. Keine Muskelspannung, keine Sehnenreflexe. Rasseln über der ganzen Lunge, jedoch nirgends Dämpfung. Cyanose der Hände und Füsse. Nägel blauschwarz verfärbt. Urin frei. Diagnose: Kohlenoxydvergiftung. 1. V. Links hinten unten Dämpfung, Knisterrasseln. Daselbst Resistenzvermehrung. Auch ist dort Bronchialatmen zu hören. Diagnose: Kohlenoxydvergiftung mit nachfolgender Pneumonie. Geheilt entlassen.

K., Karl, Friseurlehrling, 14 Jahre. Aufnahme: 28. IV. 92. Entlassung: 30. IV. 92.

P. giebt an, seine Mutter habe ein glühende Kohlen enthaltenes Becken in die Schlafstube gestellt. Befund: Der Kranke wurde bewusstlos aufgefunden, während die Mutter, welche in derselben Kammer schlief, bereits tot war. Der Puls ist mässig gefüllt, mässig gespannt. Respiration 52—56. Die Lippen sind blaurot. Die Zunge ist trocken. Die Pupillen reagieren. Der Patellarreflex ist lebhaft. Abends ist das Sensorium wieder frei. Es besteht Hyperästhesie der Haut. Das Blut zeigt nach Schwefelammoniumzusatz 2 Absorptionsstreifen. Urin: Etwas Eiweis und hyaline Cylinder. Kein Zucker. Diagnose: Kohlenoxydgasvergiftung. Geheilt entlassen.

Fall 3. N., Anton, Bierbrauer, 30 Jahre. Aufnahme: 26. III. 1895. Entlassung: 15. V. 95.

Patient war ¾ Stunden lang in einem Waggon eingeschlossen, in dem glühende Brikets waren. Befund: War mehrere Stunden betäubt, seitdem Kopfschmerzen, Schwindel und Schlaffheit. Urin frei. Diagnose: Kohlendunstintoxication. Geheilt entlassen.

Fall 4. B., Wilhelm, Arbeiter, 47 Jahre. Erste Aufnahme. Aufnahme: 25. II. 89. Entlassung: 7. IV. 89.

P. atmete beim Reinigen eines zur Reinigung von Leuchtgas gebrauchten Apparates Leuchtgas ein und wurde nach zwei Stunden bewusstlos aufgefunden. Befund: Anfangs sind nur die Extremitäten gelähmt. Nach 3 bis 4 Wochen Intentionszittern, Herabsetzung der Kraft in Beinen und Armen. Sprache langsam, aber nicht skandierend. Geruchs- und Geschmacksempfindungen ergeben nichts Abnormes. Urin frei. Diagnose: Multiple Sklerose nach Leuchtgasvergiftung. Gebessert entlassen.

2. Aufnahme: 4. II.—9. III. 92.

Seit seiner Entlassung im Jahre 89 keine Besserung, eher Verschlechterung. Abnahme des Gedächtnisses und der Körperkraft. Befund: Skandierende Sprache. Tremor in der Ruhelage, der stärker und schliesslich allgemein wird, wenn der P. sich beobachtet sieht. Pupillen mittelweit. Kein Hippus. Reflex der Nasenschleimhaut, Ohr und Pharynx gering. Die Uvula steht nach links. Klonus der linken Schultermuskulatur. Deutliche Ataxie. Breitbeiniger Hackengang. Fibrilläre Muskelzuckungen. Urticaria subcutanea. Abmagerung. Urin frei. Diagnose: Multiple Sklerose nach Leuchtgasvergiftung.

3. Aufnahme. Aufnahme: 28. XI. 00. Entlassung: 3. XII. 00.

Befund: Herz in normalen Grenzen. Organe gesund. Patellarreflex beiderseits erhöht. Lebhafter Fusssohlenreflex. Kein Fussklonus. Pupillen gleich weit, reagieren. Hochgradige Verhärtung und Schlängelung sämtlicher Arterien. Sprache skandierend. Gang nicht ataktisch: Beim Stehen zittert der Kranke. Kein Nystagmus. Intentionszittern. Sensibilität und Schmerzgefühl links mehr als rechts herabgesetzt. Zungenmuskulatur atrophisch. Blase und Mastdarm intakt. Urin frei. Diagnose: Multiple Sklerose nach Leuchtgasvergiftung. Was das Körpergewicht betrifft, so betrug dasselbe im Jahre 89 in der Klinik 144 bis 148 Pfd., im Jahre 92 in der Klinik 124—128 Pfd., war also um 20 Pfd. gesunken. Bei der dritten Aufnahme im Jahre 1900 war es auf der Höhe von 128 Pfd. geblieben. Entlassen.

Fall 5. H., Wilhelmine, Kutschersfrau, 32 Jahre. Aufnahme: 28. I. 89. Entlassung: 28. I. 89.

P. wachte nachts durch das Jammern ihres Kindes auf, welches erbrach. Sie wurde beim Lichtanstecken ohnmächtig und wurde morgens 11 Uhr bewusstlos aufgefunden. Ursache der Vergiftung war Undichtigkeit der Gasleitung. Befund: Bewusstlos, cyanotisch kam sie nach kurzer Zeit wieder zu sich. Sensorium benommen. Puls frequent, klein. Glieder starr. Organe ohne Befund. Zunge stark belegt. Urin frei. Diagnose: Vergiftung durch Leuchtgas. Geheilt entlassen.

Fall 6. F., Albert, Sohn der obigen, 4 Jahre. Aufnahme: 28. I. 89. Entlassung: 28. I. 89.

Status idem. Geheilt entlassen.

Fall 7. E., Wilhelm, Schlosser, 48 Jahre. Aufnahme: 12. X. 94. Entlassung: 12. X. 94.

P. wurde bei Gasleitungsarbeiten von den ausströmenden Gasen betäubt. Befund: Ohne Atmung aufgefunden. Puls 136, mittelkräftig. Nach künstlicher Atmung betrug dieselbe 44.

Urin: Spuren von Eiweiss. Vereinzelte hyaline Cylinder. Diagnose: Leuchtgasvergiftung. Geheilt entlassen.

Fall 8. Z., Wilhelm, Schmied, 27 Jahre. Aufnahme: 12. X. 1894. Entlassung: 13. X. 94.

P. atmete bei Gasleitungsarbeiten Leuchtgas ein. Befund: Anfangs ohne Atmung, welche erst nach ¼stündiger künstlicher Atmung wiederkehrte. Dann Respiration 16. Es bestanden allgemeine Konvulsionen. Urin: Mässige Mengen von Eiweiss. Hyaline Cylinder mit vereinzelten aufgelagerten Zellen. Am folgenden Tage Urin wieder frei. Diagnose: Leuchtgasvergiftung. P. schlief bis zum Abend und wachte munter auf. Geheilt entlassen.

XIV. Morphiumvergiftung.

Es wurden im ganzen 20 Morphiumvergiftungen beobachtet, davon waren akut 3, chronisch 17. Von den 3 akuten Vergiftungen war eine bei einem Kinde durch Fahrlässigkeit veranlasst; die beiden andern waren Selbstmordversuche. In einem dieser beiden Fälle war ausser Morphium noch mit Strychnin vergifteter Weizen genommen, doch fehlt die Angabe, wieviel von jedem dieser beiden Gifte genommen wurde. Diese 3 akuten Vergiftungen kamen geheilt zur Entlassung. Was die 17 chronischen Vergiftungen angeht, welche meistens dadurch entstanden waren, dass die Betreffenden aus irgend einem Anlass Injektionen bekommen hatten und diese nachher fortsetzten, so ist die Zahl derselben in den letzten Jahren bedeutend zurückgegangen. Von 78 bis 88 incl. wurden 10 chronische Morphiumvergiftungen, von 88 bis 98 incl. 6 und von 98 bis 1900 incl. 1 chronische Vergiftung behandelt. Von den Kranken waren 12 männlichen, 5 weiblichen Geschlechts. Gebessert wurden entlassen 8 Fälle und zwar Fall 2, 3, 4, 6, 8, 12, 15, 16. Ungeheilt entlassen wurden 9 Fälle und zwar Fall 1, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 17.

Akute Vergiftungen.

Fall 1. B., Amalie, Kind, 1 Jahr 8 Mon. Aufnahme: 8. III. 1884. Entlassung: 9. III. 84.

Das Kind hat aus einer Medizinflasche, die 0,2 Morphin. hydrochloric. und 20,0 Aq. amygd. amar. enthielt, morgens früh nach Angabe der Mutter 1 Theelöffel voll getrunken. Nach dem Trinken stellte sich Schlaf und Mattigkeit ein. Abends wurde das Kind, also nach ca. 12 Stunden, eingeliefert. Befund: Das Kind ist aufgeregt, unruhig. Gesicht und Hände sind cyanotisch. Extremitäten kühl. Puls 180. Pupillen stecknadelknopfgross, reagieren nicht. An den Extremitäten besteht leichte Anästhesie. Blase gefüllt. Mit dem Katheter werden ca. 150 ccm Urin entleert, in dem Prof. Marmé Morphin nachwies. Diagnose: Akute Morphiumvergiftung. 8 Uhr 30 Min. abends: Pupillen sind weiter. Unruhe besteht fort. 9 Uhr morgens: Pupillen mittelweit. Ab und an klonische Zuckungen in den Extremitäten. Abends geheilt entlassen.

Fall 2. R., Johanne, Dienstmädchen, 24 Jahre. Aufnahme: 17. VIII. 97. Entlassung: 23. VIII. 97.

P. nahm Morphium und mit Strychnin vergifteten Weizen. Wieviel von jedem, ist nicht zu ermitteln. Befund: Häufiges Erbrechen. Schlafsucht. Pupillen eng, reagieren. Magen druckempfindlich. Leib aufgetrieben. Aufstossen. Uebelkeit. Kopfschmerz. Puls 96. Atmung 20. Urin: leichte Trübung. Diagnose: Intoxication mit Morphium und Strychnin. Geheilt entlassen.

Fall 3. L., Georg, Dr. phil., 33 Jahre. Aufnahme: 15. XII. 1899. Entlassung: 25. XII. 99.

P. nahm nachts 1 Uhr 2 g Morphin. hydrochloric. in Milch zu sich. Befund: Morgens 7 Uhr 30 völlig bewusstlos. Herzthätigkeit beschleunigt, regelmässig. Reflexe erloschen. Pupillen sehr eng. Starker Speichelfluss. Atmung sistiert fast. Hochgradige Cyanose und Blässe. Ab und an richtet sich der P. plötzlich auf, spricht und fällt dann sofort wieder in tiefen Schlaf mit sistierender Atmung. Urin mit dem Katheter entleert: wenig Eiweiss, einzelne hyaline und verfettete Cylinder. Kein Zucker. Diagnose: Akute Morphiumvergiftung. Abends 5 Uhr Subfebrile Temperatur. Puls 116. Respiration 9. Reflexe gesteigert. Appetit schlecht. Erbrechen. 25. XII. Geheilt entlassen.

Chronische Morphiumvergiftungen.

Fall 1. B., Louis, Kürschnermeister, 29 Jahre. Aufnahme: 27. IX. 80. Entlassung: 29. IX. 80.

P. bekam, als er an Gelenkrheumatismus erkrankt war,

mehrere Wochen lang Morphiuminjektionen. P. hat dieselben später fortgesetzt und spritzt jetzt 0,45 Morphium pro die. Befund: Körperliches Aussehen unverändert. Lippen sind trocken. Zeitweilig treten Krämpfe mit Bewusstlosigkeit auf. Nachts ist der Schlaf schlecht. Unzufriedenheit. Gedächtnisschwäche. Pupillenreaktion träge. P. fühlt sich ohne Injektion unwohl. Eine Injektion von 0,03 Morphium ist ohne Einfluss aufs Befinden. Urin frei. Diagnose: Morphinismus chronicus. Entlief am 29. IV. 80.

Fall 2. L., Wilhelm, Dr. med., 32 Jahre. Aufnahme: 27. XI. 79. Entlassung: 30. XII. 79.

P. nahm gegen Neuralgieen Morphiuminjektionen, anfangs 0,015 bis 0,02, später bis täglich 1,0. Er klagt über Apathie, Abmagerung, Herabsetzung der Diurese. Magenschmerzen, Leibschmerzen und Durchfälle. Befund: P. hat etwas Exophthalmus, unsicheres Auftreten. Heftige Leibschmerzen und Erbrechen, das nach Morphiuminjektion nachlässt. Diagnose: Chronischer Morphinismus. Gebessert entlassen.

Fall 3. N., Apotheker, 28 Jahre. Aufnahme: 5. VII. 80. Entlassung: 17. VII. 80.

P. will seit seinem 4. Semester spritzen, in letzter Zeit bis 3,0 p. die. Befund: Der ganze Körper ist mit Narben bedeckt, welche von Injektionen herrühren. Es besteht Erbrechen und Durchfall. Diagnose: Chronischer Morphinismus. Im Verlaufe der Entziehungskur treten Gesichtshallucinationen auf. Es ist grosse Hyperästhesie vorhanden. Bei jeder Berührung werden Reflexe ausgelöst. Urin etwas Eiweiss. Gebessert entlassen.

Fall 4. S., stud. jur., 26 Jahre. Aufnahme: 1. XI. 78. Entlassung: 5. XI. 78.

P. hatte gegen Neuralgieen Morphiuminjektionen bekommen, er setzte die Injektionen seit dem Jahre 77 fort. Seit gestern hat P. mit den Injektionen nachgelassen. Seitdem Anfälle von Schüttelfrost und Kongestion nach dem Kopfe. Befund: Patient sieht leidend aus, beim Gehen schwankt er und taumelt. Schwäche im Rücken und Knieen. Schlaf und Appetit schlecht. Diagnose: Morphinismus chronicus. Gebessert entlassen.

Fall 5. B., Minna, Schneidermeistersfrau, 49 Jahre. Aufnahme: 14. VIII. 85. Entlassung: 17. VIII. 85.

Nach Angaben des Arztes geringer Grad von Morphinismus. Befund: Appetitlosigkeit. Durchfälle. Unruhe, Ohnmachtsanfälle. Alle diese Beschwerden verschwinden auf eine Morphiumeinspritzung, sodass sie sich wieder wohl fühlt. Diagnose: Morphinismus. Ungeheilt entlassen.

Fall 6. S., Wilhelm, Weber, 34 Jahre. Aufnahme: 26. I. 82. Entlassung: 17. XII. 82.

P. bekam wegen Augenschmerzen Morphiuminjektionen, welche er fortsetzte, sodass er bis 1,0 pro die spritzte. Befund: Schlaffe Gesichtszüge. Blasse Farbe. Apathischer Blick. Zahllose Narben an den Extremitäten, am Thorax und Bauch. Appetit und Schlaf gut. Bei Morphium 1,0 pro die gutes Allgemeinbefinden. Urin frei. Diagnose: Chron. Morphinismus. Bei der Entziehung Abstinenzerscheinungen: Unruhe, Zittern, Magensbeschwerden und Schweissausbruch. Zuckungen, Brechreiz und Salivation. Alle Erscheinungen schwanden nach einer Injektion. 22. II. Erysipel am Bein. Pleuritisches und perikarditisches Exsudat. P. erhält wieder seine gewohnte Injektion. Später wurde die Entziehungskur nicht weiter gestört.

Fall 7. B., Karoline, Hofbesitzersfrau, 65 Jahre. Aufnahme: 16. XII. 86. Entlassung: 15. I. 87.

P. bekam wegen Gallensteinkoliken Morphiuminjektionen, welche sie später fortsetzte. Befund: Taumel. Angstgefühl. Krämpfe im Leibe. Asthmatische Beschwerden. Appetit mangelhaft. Stuhl angehalten. Diagnose: Morphinismus chronicus. Bei der Entziehungskur treten Abstinenzerscheinungen auf: Starker Tremor, Fantasieren, Unruhe und Bewusstseinsstörungen. 15. I. Ungeheilt entlassen.

Fall 8. M., Marie, Bergmannsfrau, 31 Jahre. Aufnahme: 27. VII. 88. Entlassung: 13. IX. 88.

Wegen Schmerzen im ganzen Körper wurden der P. vom Arzt Morphiumeinspritzungen gemacht, welche Patientin seit 4 Jahren fortsetzte. Sie injizierte tgl. 0,06 Morphium. Befund: Haut vielfach infiltriert. Kopfschmerzen. N. supraorbitalis druckempfindlich. Appetitlosigkeit. Druck im Epigastrium. Schlaflosigkeit. Urin frei. Diagnose: Morphinismus chronicus. Bei der Entziehungskur Abstinenzerscheinungen. Erbrechen, Aufregungszustände, Herzklopfen. Gebessert entlassen.

Fall 9. H., Oswald, Buchhalter, 31 Jahre. Aufnahme: 16. VI. 88. Entlassung: 2. VII. 88.

P. bekam wegen Schmerzen in der Lebergegend Morphiuminjektionen, welche er später, wenn auch in kleinen Dosen, fortsetzte. Befund: Appetit gut. Organe gesund. P. bekommt jeden Morgen und Abend heftige Schmerzen und verlangt nach Morphium. Urin frei. Diagnose: Morphomanie. Ungeheilt entlassen.

Fall 10. L., Wilhelm, Dr. med., 31 Jahre. Aufnahme: 7. XII. 88. Entlassung: 8. XII. 88.

Kein Journalbericht. Diagnose: Chronischer Morphinismus. Ungeheilt entlassen.

Fall 11. B., Franz, Maurer, 50 Jahre. Aufnahme: 16. III. 1889. Entlassung: 25. V. 89.

P. spritzt seit Jahren Morphium. Menge nicht angegeben. Befund: Schmerzen in der Magengegend. Häufiges Erbrechen. Starke Abmagerung. Regelmässige Schmerzanfälle nach der Mittagsmahlzeit. Urin frei. Diagnose: Gastralgie. Chronischer Morphinismus. Bei Verminderung der Dosen heftige Schmerzen in der Magengegend. Ungeheilt entlassen.

Fall 12. R., Adolf, Apotheker, 50 Jahre. Aufnahme: 17. III. 1893. Entlassung: 19. VI. 93.

P. bekam Morphiuminjektionen wegen Infraorbitalneuralgieen. Er spritzt seit 16 Jahren, zuletzt 0,4 pro die und war bereits viermal in Behandlung wegen Morphinismus. Befund: Pupillen mittelweit, reagieren. An den Armen und Oberschenkeln viele Narben, von Injektionen herrührend. Arterien geschlängelt. Organe gesund. Appetit leidlich. Durstgefühl und Trockenheit im Halse. Urin frei. Diagnose: Morphinismus chronicus. Abstinenzerscheinungen. Unruhe, Schweissausbruch, Erregungszustände. 19. VI. bei Wohlbefinden entlassen.

Fall 13. H., Wilhelm, Apotheker, 43 Jahre. Aufnahme: 30. VIII. 94. Entlassung: 31. VIII. 94.

P. spritzt angeblich seit 6 Monaten Morphium ein gegen asthmatische Beschwerden. Befund: Sensorium nicht ganz frei. Aufregungszustände und Unruhe. Herztöne dumpf, arhythmisch, rein. Lungen infiltriert. Im Sputum massenhaft Tuberkelbazillen. Urin frei. Diagnose: Phthisis pulmonum. Chronischer Morphinismus. Ungeheilt entlassen.

Fall 14. B., Karl, Schneider, 30 Jahre. Aufnahme: 25. V. 1895. Entlassung: 29. V. 95.

P. giebt Morphiumvergiftung zu. Menge nicht zu ermitteln. Befund: Lähmungserscheinungen. Starker Tremor. Konvulsionen. Analgesie. Alle diese Beschwerden verschwinden nach einer Injektion. Urin frei. Lungen infiltriert. Diagnose: Multiple Sklerose. Morphinismus. Phthise. Ungeheilt entlassen.

Fall 15. K, Emma, Wagemeisterstochter, 28 Jahre. Aufnahme: 21. IV. 96. Entlassung: 12. VI. 96.

P. bekam vor 4 Jahren während einer Bauchfellentzündung Morphiuminjektionen, die sie später fortsetzte. Befund: Kopfschmerz. Schmerzen in den Armen, Beinen und im Rücken. Pupillenreaktion träge. N. infra- und supraorbitalis druckempfindlich. Stuhl angehalten. An Armen und Beinen multiple Abscesse. Urin frei. Diagnose: Chronischer Morphinismus. Multiple Hautabscesse. Abstinenzerscheinungen: Unruhe, Krämpfe. Bewusstseinsstörungen.

Erbrechen, Appetitlosigkeit. 2 mal sistierte die Atmung, sodass Kampher injiciert werden musste. Gebessert entlassen.

Fall 16. M, Auguste, Arztfrau, 40 Jahre. Aufnahme: 31. III. 96. Entlassung: 28. V. 96.

P. bekam vom Arzt Morphiuminjektionen, die sie seit 6 Jahren fortgesetzt hat. Sie war bereits ohne Erfolg in Behandlung. Befund: Da sie plötzlich kein Morphium mehr bekommen konnte, klagt sie über Leibschmerzen, Kopfschmerzen, Wadenkrämpfe und Doppeltsehen. N. supra- und infraorbitalis, sowie medianus und radialis druckempfindlich. Urin frei. Diagnose: Chronischer Morphinismus. Bei langsamer Entwöhnung hob sich das Wohlbefinden und Körpergewicht. Am 24. IV. trat die Regel, die seit Jahren sistiert hatte, wieder auf. Gebessert entlassen.

Fall 17. F., Friedrich, Landwirt, 34 Jahre. Aufnahme: 30. X. 99. Entlassung: 7. I. 99.

P. machte gegen Schmerzen Morphiuminjektionen. Befund: Gedrückte Stimmung. Kolikartige Schmerzen in der Lebergegend. Herz verbreitert. Systolisches Geräusch an der Mitralis. 2. Pulmonalton verstärkt. Leber ebenfalls vergrössert. Stuhlverhaltung. Urin frei. Diagnose: Vitium valvularum. Obstipation. Hepar volumine auctum. Morphinismus chronicus. Abstinenzerscheinungen: Aufregungszustände, Koliken, die nach Morphium verschwinden. Ungeheilt entlassen.

XV. Natronlaugevergiftung.

Eine akute Vergiftung mit Natronlauge wurde beobachtet, welche geheilt zur Entlassung kam.

H., Gustav, Zimmermannssohn, 12 Jahre. Aufnahme: 25. IX. 96. Entlassung: 14. I. 97.

Diagnose: Natronlaugevergiftung. Der Fall wurde veröffentlicht von Otto Nolte, Dissertation, Göttingen 98.

XVI. Ammoniakvergiftung.

Zur Beobachtung gelangten drei akute Ammoniakvergiftungen.

Fall 1. S., August, Hausknecht, 24 Jahre. Aufnahme: 7. III. 92. Entlassung: 16. III. 92.

P. trank mittags einen Schluck Ammoniak, konnte jedoch nur einen Teil der Flüssigkeit wieder ausspucken. Befund: Brennen im Mund, Rachen und in der Magengegend. Starke Salivation. Auf der Zunge Epithelnekrosen. Schmerzen beim Schlucken. Mageninhalt blutig und alkalisch. Urin frei. Diagnose: Vergiftung mit Ammoniak. Geheilt entlassen.

Fall 2. M., Heinrich, Ackersmann, 64 Jahre. Aufnahme: 11. VIII. 96. Entlassung: 15. VIII. 96.

P. hat versehentlich Ammoniakflüssigkeit getrunken, will aber nichts heruntergeschluckt haben. Befund: Heftiges Brennen im Munde; hintere Partie der Wangenschleimhaut, harter und weicher Gaumen, Uvula und Zunge stark gerötet und geschwollen. Ulcerationen nicht zu sehen. Grauweisse Membranen an der Uvula, weichem Gaumen und hinterer Pharynxwand, nach deren Abziehen es blutet. Schlucken erschwert. Urin frei. Diagnose: Akute Ammoniakvergiftung. Geheilt entlassen.

Fall 3. H., Adolfine, Kind, 7 Jahre. Aufnahme: 7. VI. 86. Entlassung: 8. VI. 86.

Das Kind trank aus einer Salmiakgeist enthaltenden Flasche einen Schluck. Befund: Brennende Schmerzen im Munde und im Verlauf der Speiseröhre. Zunge, Gaumen und Rachenschleimhaut stark gerötet. Das Epithel ist zum Teil abgestossen. Diagnose: Salmiakgeistvergiftung. Geheilt entlassen.

Was die Vergiftung mit Ammoniak angeht, so ist zu bemerken, dass sie insofern noch gefährlich ist, als das Ammoniak nicht nur lokal ätzt, sondern auch infolge seiner Flüchtigkeit rasch vom Magen ins Blut übergeht und allgemeine Vergiftung hervorruft.

XVII. Oxalsäurevergiftung.

Der zur Beobachtung gelangte Fall wurde beschrieben in einer Dissertation von Peter Paulus, Göttingen 97.

K., Emil, Bureaudiener, 21 Jahre. Aufnahme: 1. V. 97. Entlassung: 12. V. 97. Diagnose: Akute Oxalsäurevergiftung.

XVIII. Vergiftung mit Scheidewasser und Salzsäure.

Beobachtet wurde ein Fall von Scheidewasservergiftung, welcher geheilt entlassen wurde. Ferner 3 Vergiftungen mit Salzsäure, welche sämtlich beschwerdefrei entlassen wurden. 2 davon sind in der Dissertation von Otto Nolte, Göttingen, 98 publiziert.

Scheidewasservergiftung.

W., Leo, Drechslerlehrling, 15 Jahre. Aufnahme: 7. VII. 85. Entlassung: 24. VII. 85.

P. will Scheidewasser getrunken, jedoch sofort wieder erbrochen haben. Befund: Nekrose des Epithels der Mundschleimhaut. Epiglottis gerötet. Aryknorpel rot und geschwollen mit teilweise tiefgehenden nekrotischen Stellen. Magen druckempfindlich. P. kann nur Flüssiges zu sich nehmen. Häufiges Erbrechen ohne blutige Beimischung. Mikroskopisch finden sich im Erbrochenen Cylinderepithelien. Urin frei. Diagnose: Scheidewasservergiftung. Geheilt entlassen.

Salzsäurevergiftungen.

Fall 1. H., Albertine, Dienstmädchen, 24 Jahre. Aufnahme: 3. VI. 96. Entlassung: 15. I. 97.

Diagnose: Salzsäurevergiftung. Oesophagusstenose.

Fall 2. E., Karl. Laufbursche, 15 Jahre. Aufnahme: 15. IX. 1896. Entlassung: 18. X. 97.

Diagnose: Salzsäurevergiftung. Pylorusstenose. Gastrectasie. Diese beiden Fälle sind, wie oben erwähnt, publiziert.

Fall 3. R., Lina, Dienstmädchen, 16 Jahre. Aufnahme: 13. V. 90. Entlassung: 16. VI. 90.

P. trank in selbstmörderischer Absicht Salzsäure. Befund: Nach dem Genuss Erbrechen von kaffeesatzartigen Massen, in denen Haeminkrystalle nachgewiesen wurden. Zunge geschwollen. Epithel der Mundhöhle vielfach defekt. Schmerzen und Brennen im Halse und in der Magengegend. Schlucken schmerzhaft. Urin frei. Diagnose: Suicidium mit Salzsäure. P. wurde in die chirurgische Klinik verlegt, wo die Gastro-enterostomie gemacht wurde. Es fand sich eine starke Stenose am Pylorus. Geheilt entlassen.

XIX. Vergiftung nach Theer- und Chrysarobingebrauch.

Zur Beobachtung kam je ein Fall:

Theervergiftung.

H., Friedrich, Arbeiter, 17 Jahre. Aufnahme: 4. V. 94. Entlassung: 25. V. 94.

P. pinselte ein chronisches Ekzem mit Ol. rusci und spiritus vini aa ein. Am 15. V. trat eine Nephritis ein. Befund: Urin enthält Eiweiss, viel hyaline und granulierte Cylinder. Menge normal. Diagnose: Akute Nephritis nach Theereinpinselung. Theer wurde sofort ausgesetzt. 20. V. Eiweiss und Cylinder verschwunden. Geheilt entlassen.

Crysarobinvergiftung.

B., Gerhard, Semnarist, 18 Jahre. Aufnahme: 4. IV. 98. Entlassung: 17. V. 98.

P. wurde wegen Psoriasis mit Chrysarobinsalbe eingerieben. Befund: Am 13. IV. trat Eiweiss im Harn auf. Die Temperatur stieg auf 38,2 Grad. In der Nacht vom 14.—15. IV. trat plötzlich Blut im Harn auf. Heftige Schmerzen in der Harnröhre. P. klagt plötzlich über Schmerzen in der Nierengegend. Nierengegend ist druckempfindlich, Blasengegend nicht. Mikroskopisch fanden sich im Harn: Blutkörperchencylinder, hyaline Cylinder. Epithelien. Ausgelaugte und nichtausgelaugte rote Blutkörperchen. Leucocyten. Diagnose: Hämorrhagische Nephritis nach Chrysarobingebrauch. Chrysarobin sofort ausgesetzt. 17. V. entlassen. Allgemeinbefinden gut. Im Harn noch etwas Albumen.

Bei beiden Präparaten kann es sich um eine Lokal- und eine Resorptionswirkung handeln. Meistens kommt es nur zu einer Lokalwirkung an der applizierten Stelle. Kommt es jedoch zu einer Resorptionswirkung, so kann eine Reihe krankhafter Erscheinungen herbeigeführt werden: Eingenommenheit des Kopfes, Magenschmerzen, Erbrechen und Durchfall, sowie auch eine Nephritis. Diese Erscheinungen können von Fieber begleitet sein.

XX. Arzneiekzem.

Ekzem nach nicht zu ermittelnder Salbe.

B., Alois, Müller, 27 Jahre. Aufnahme: 10. V. 94. Entlassung: 15. V. 94.

P. hatte wegen einer Anschwellung des Knies dasselbe mit einer roten, riechenden Salbe, deren Namen er nicht kennt, eingerieben, worauf der Ausschlag erfolgte. Spez. Infekt. geleugnet. Befund: An Brust, Rücken, Knieen und penis ein masernähnliches Exanthem, teils papulös, teils nässend. Urin frei. Diagnose: Akutes Arzneiexanthem. Geheilt entlassen.

Uebersicht über die Vergiftungen

mit Berücksichtigung der Verteilung derselben auf Männer und Frauen.

Art der Intoxication.	Zahl.	Männer.	Frauen.
Alkohol	73	68	5
Ammoniak	3	2	1
Arsenige Säure	2	2	—
Arznei	1	1	—
Benzin	2	—	2
Blei	50	50	—
Carbolsäure	3	2	1
Chloralhydrat	2	1	1
Chloroform	1	1	—
Chrysarobin	1	1	—
Formalin	1	—	1
Jod	2	1	1
Jodoform	1	1	—
Kohlenoxydgas	8	7	1
Morphium	20	13	7
Natronlauge	1	1	—
Oxalsäure	1	1	—
Phosphor	3	1	2
Quecksilber	1	1	—
Salzsäure	3	1	2
Scheidewasser	1	1	—
Sublimat	2	—	2
Theer	1	1	—
Gesamtzahl	183	157	26

Behandelt wurden während der Jahre 1877 bis 1901 incl. in Summa 181 Kranke, davon 155 Männer und 26 Frauen. Behandelt wurden im Ganzen 24963 Kranke, nämlich 15801 Männer und 9162 Frauen. Es würden demnach kommen auf Männer 0,98 % und auf Frauen 0,28 %. Dazu kommen noch 2 Fälle aus dem Jahre 1875, sodass im Ganzen 183 Kranke behandelt sind.

Literatur.

Jacksch, Die Vergiftungen. (H. Nothnagel, Spez. Path. und Therapie. B. I.)

Brieger, Harnack u. Marse, Vergiftungen. (Ebstein u. Schwalbe, Handbuch der praktischen Medizin. B. V. XIII.)

Dtsche. medizinische Wochenschr. 1889. Nr. 26—28.
„ „ „ 1893. Nr. 24.
„ „ „ 1900. Nr. 9.

Paulus Peter, Dissertation, Göttingen 97. „Ueber akute Oxalsäurevergiftung."

Fischer, Emil, Dissertation, Göttingen 98. „Ueber die seit 1877 in der Göttinger mediz. Klinik behandelten Fälle von Bleivergiftung."

Nolte, Otto, Dissertation, Göttingen 98. Beitrag zur Lehre von den Speiseröhrenverengerungen.

Real-Eucyklopaedie d. gesamt. Heilkunde. B. XIX.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Prof. **Dr. Ebstein** für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie Herrn Privatdozenten **Dr. Schreiber** für die freundliche Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit und Durchsicht derselben auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Inhalts-Verzeichnis.

Art der Intoxication.	pag.
Alkohol	6
Ammoniak	54
Arsenige Säure	35
Arznei	58
Benzin	42
Blei	31
Carbolsäure	39
Chloralhydrat	43
Chloroform	43
Chrysarobin	57
Formalin	41
Jod	45
Jodoform	44
Kohlenoxydgas	46
Morphium	49
Natronlauge	54
Oxalsäure	55
Phosphor	38
Quecksilber	45
Salzsäure	56
Scheidewasser	56
Sublimat	45
Theer	57

Lebenslauf.

Ich, Alfred Heinemann, wurde am 14. Januar 1878 zu Hildesheim geboren. Mein Vater ist der Kaufmann Heinrich Heinemann zu Moritzberg. Von Ostern 84 bis Ostern 88 besuchte ich die Seminarschule zu Hildesheim. Von Ostern 88 bis Ostern 97 war ich auf dem Gymnasium Josephinum zu Hildesheim. Nach bestandener Reifeprüfung studierte ich Medizin und zwar in Freiburg i. B. von Ostern 97 bis Michaelis 97, in Göttingen von Michaelis 97 bis Ostern 99. Am 24. Februar 99 bestand ich in Göttingen das Physikum mit sehr gut. Von Ostern 99 bis Michaelis 99 studierte ich in München und von Michaelis 99 bis Michaelis 1901 in Göttingen, wo ich am 6. Februar 1902 das medizinische Staatsexamen mit gut bestand.

Berichtigungen.

Es ist zu lesen:

Seite 2, Zeile 3: Universität statt Univertät.
„ 6, „ 8: Alkoholvergiftungen statt Alkoholvergiftugen.
„ 11, „ 17: subperikardiale statt subperikadiale.
„ 11, „ 32: Parenchym statt Parenchyn.
„ 11, „ 38: Marksubstanz statt Marktsubstanz.
„ 12, „ 6: uretri statt nurtri.
„ 13, „ 20: Schwertfortsatz statt Schwerdtfortsatz.
„ 22, „ 12: Hypertraphie stat Hygertraphie.